



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL DE RESIDENTES DE
MEDICINA E ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA PARA A
PRÁTICA COLABORATIVA NA ATENÇÃO AO PARTO E
NASCIMENTO**

Danielle Menezes da Silva

**Rio de Janeiro
Novembro de 2021**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL DE RESIDENTES DE
MEDICINA E ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA PARA A
PRÁTICA COLABORATIVA NA ATENÇÃO AO PARTO E
NASCIMENTO**

Danielle Menezes da Silva

Dissertação apresentada à
Pós-Graduação em Saúde
da Criança e da Mulher
como parte dos requisitos
para obtenção do título de
Mestre em Saúde da
Criança e da Mulher.

Orientadora: Prof^a Dr^a Corina Helena Figueira Mendes

**Rio de Janeiro
Novembro de 2021**

CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Danielle Menezes da.

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA E ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA PARA A PRÁTICA COLABORATIVA NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO / Danielle Menezes da Silva. - Rio de Janeiro, 2021.

146 f.; il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2021.

Orientadora: Corina Helena Figueira Mendes.

Bibliografia: f. 110-121

1. educação interprofissional. 2. enfermagem obstétrica. 3. obstetrícia médica. 4. modelo colaborativo. 5. residência em obstetrícia. I. Título.

AGRADECIMENTOS

A Zambi e aos Orixás que me dão sabedoria e coragem para prosseguir em cada momento de dificuldade e me permitiram chegar até aqui.

Aos tantos guias de luz que me acompanham, me sustentam, me ensinam, me corrigem, seguram minha mão e desde sempre iluminaram meus pensamentos e ações para ser merecedora de estar neste lugar.

A minha amada Umbanda que me ensina a ter fé e aproveitar a oportunidade de aprender todos os dias com as pessoas que encontrei, encontro e ainda encontrarei em meu caminho.

A Casa de Caridade Caminheiros do Bem, minha casa, meu chão, meu refúgio, minha bússola, meu lugar de renovação, e a minha querida e amada dirigente espiritual Soraia Gomes Duarte que diariamente cuida da minha espiritualidade com carinho de mãe para que eu possa estar em equilíbrio e seguir caminhando apesar das dificuldades.

A minha mãe Cynthia Lilian Cunha Menezes por me ensinar o valor do conhecimento, por desde sempre acreditar em mim e por se orgulhar a cada uma das minhas conquistas. Ao meu pai Durval Fernandes da Silva (*in memoriam*) por me ensinar desde cedo que com trabalho duro, persistência e determinação, não importa o quanto demore, a recompensa vem. Vocês são minhas maior inspiração!

Ao meu irmão Luiz Felipe Menezes da Silva, meu melhor amigo, melhor ouvinte, maior incentivador, meu apoio incondicional, meu cúmplice, meu co-terapeuta, meu intérprete de Foulcaut, meu melhor interlocutor para conversas profundas e a quem sempre me faltam palavras para agradecer. Amo você!

A minha família, minha avó Maria Cunha (*in memoriam*), minha madrinha Jane Marie Cunha Menezes, meu tio Roberto Pauluzi e meu primo Roberto Menezes Pauluzi que sempre acreditam, incentivam, celebram e se orgulham a cada uma das minhas realizações. Amo vocês!

Aos meus filhos de quatro patas Lila e Zeca. ‘Lambeijos’, amor verdadeiro, paciência e as melhores companhias para ler artigos.

As mulheres incríveis que estiveram ao meu lado do início ao fim deste processo, em especial Debora Ellen Dias de Sousa, Luana Lima Alves, Renata dos Santos Rocha, Noara Pauluzi Calixto, Erica Luzia Cruz dos Santos, Camila Velasco Salerno, Fernanda Figueiredo Alves, Beatriz Yuan Soares e Natália Ribeiro Cruz. Obrigada por compartilharem e me permitirem compartilhar dias bons e ruins, tristezas,

lágrimas, alegrias, frustrações, ansiedades, minhas reclamações sem fim, conhecimentos que eu não tinha, ajuda com recursos tecnológicos com os quais eu não sabia lidar, opiniões verdadeiras sobre trechos que passei horas escrevendo, amor e carinho em forma de comida, um descanso com uma taça de vinho e uma boa conversa, risadas sem fim e um copo de cerveja. Vocês fizeram toda a diferença e tem um pouquinho de cada uma nestas linhas.

A minha querida e amada orientadora Corina Helena Figueira Mendes. Mais que orientadora, tornou-se uma amiga e ousou dizer a melhor surpresa que este mestrado me trouxe. Obrigada por me ensinar tantas coisas, pelas conversas intermináveis, pela paciência, pela cumplicidade, pelo incentivo, por me passar segurança, por sempre ter acreditado que tudo daria certo, por me inspirar e por ser essa mulher extraordinária.

A Aricele Ferreira dos Santos, meu exemplo de superação e Ana Lucia Santos Teixeira, meu exemplo de otimismo. Amigas queridas de turma, de trabalho e de vida, que dividiram os mesmos anseios, angustias, dificuldades, lágrimas, sorrisos, as pequenas conquistas e me ensinaram que juntas somos capazes de vencer todos os obstáculos e chegar ainda mais longe. Nossa caminhada está só começando!

A minha querida terapeuta Cristiane Percilio Cardoso, que me ajuda com uma paciência infinita e muito carinho a descobrir toda a potência que existe dentro de mim. Eu não teria conseguido sem a sua ajuda.

A Danielle Oliveira Ciuffo, Tiago Ferreira de Assis e Carolina Viegas de Melo, amigos que me ajudaram a trilhar o caminho até o mestrado.

Aos professores e coordenadores do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança por compartilhar seus valiosos conhecimentos e sempre estarem disponíveis para ajudar.

Aos professores que compuseram a banca de qualificação Sabrina Lins Seibert, Marcia Silveira Ney e Cynthia Magluta a quem agradeço pelas contribuições valiosas para aperfeiçoar esta pesquisa.

Aos especialistas desta pesquisa, que se dispuseram a dividir suas experiências em favor da construção do conhecimento científico. Agradeço imensamente.

Minha gratidão a todas e todos que de alguma maneira contribuíram para o encerramento deste ciclo.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Acervo de documentos relacionados as competências e requisitos para residência médica em obstetrícia e em enfermagem obstétrica	48
Figura 1	Perfis de Especialistas	56
Figura 2	Processo de captação de participantes: fevereiro a agosto de 2021	62
Tabela 1	Opinião dos participantes sobre a classificação das competências em comuns, segundo a Classificação de Barr	71
Tabela 2	Opinião dos participantes sobre a classificação da competências em complementares ou específicas da categoria de enfermagem obstétrica, segundo a Classificação de Barr	73
Tabela 3	Opinião dos participantes sobre a classificação da competências em complementares ou específicas da categoria médica obstétrica, segundo a Classificação de Barr	74
Quadro 2	Matriz lógica de competências colaborativas para formação interprofissional de profissionais de medicina e enfermagem para atenção ao parto e nascimento - Formação modalidade residência	78

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Aben - Associação Brasileira de Enfermagem

Abenfo - Associação Brasileira de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes

AMB - Associação Médica Brasileira

Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia

CFM - Conselho Federal de Medicina

CLAP - Centro Latino-Americano de Perinatologia

CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica

CNS - Conselho Nacional de Saúde

Cofen – Conselho Federal de Enfermagem

Conitec - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

Coren – Conselho Regional de Enfermagem

CPN - Centros de Parto Normal

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

EIP - educação interprofissional

ESF - Estratégia de Saúde da Família

Febrasgo - Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia

GE - Grupo de Especialistas

ICM - *International Confederation of Midwives*

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONA - Organização Internacional de Acreditação

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde

Pronaenf - Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica

Pró-Saúde - Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

RMS - Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

RESUMO

A presente pesquisa trata da colaboração entre profissionais de medicina e enfermagem que atuam na atenção direta ao parto e nascimento, a partir do marco teórico conceitual da educação interprofissional. Diante da inserção da enfermagem obstétrica no cenário de parto e nascimento, como umas das estratégias para a mudança no modelo de assistência que se deseja alcançar, observa-se que o fato de simplesmente reunir profissionais em uma equipe multiprofissional não significa necessariamente a melhoria da qualidade da assistência e nem resulta em uma prática colaborativa. A relação entre médicos e enfermeiras obstétricas é historicamente marcada por diferentes crenças e filosofias que impactam na conduta adotada, geram polarização entre profissionais e influenciam nos sentidos do nascimento e em como ele é interpretado e conduzido, o que aponta para a necessidade de refletir sobre o processo de interação dos profissionais, a partir de aspectos que envolvem a educação interprofissional. O objetivo do estudo foi refletir e elaborar de forma participativa uma matriz de competências colaborativas para o processo de formação interprofissional de residentes em obstetrícia, além de discutir estratégias pedagógicas para desenvolvimento dessas competências durante a residência. Foi realizado um levantamento documental sobre documentos que compõem o currículo de formação nos moldes de residência em obstetrícia para medicina e enfermagem no Brasil, de modo a produzir subsídios para a formulação de uma versão preliminar da matriz, que foi utilizada como base para roteiro utilizado em consulta a especialistas através de grupos focais. Após a transcrição do conteúdo dos encontros, foi realizada a análise e sistematização, sob a perspectiva qualitativa, utilizando o método de interpretação de sentidos. As discussões produzidas por esta pesquisa reforçaram a implementação da educação interprofissional como estratégia para promover a colaboração interprofissional no campo obstétrico e forneceram subsídios para a elaboração de um conjunto de competências colaborativas, além de suscitar a necessidade de ampliar o debate acerca de questões relacionadas a cultura das relações profissionais entre medicina e enfermagem a partir das particularidades do cenário obstétrico brasileiro.

Descritores: educação interprofissional; enfermagem obstétrica; obstetrícia médica; modelo colaborativo; residência em obstetrícia

ABSTRACT

This research deals with the collaboration between medical and obstetric nursing professionals who work in direct care during labor and birth, based on the conceptual theoretical framework of interprofessional education. Given the insertion of obstetric nursing in the delivery and birth scenario, as one of the strategies for changing the care model that one wants to achieve, it is observed that simply bringing together professionals in a multidisciplinary team does not necessarily mean improving quality care and does not result in a collaborative practice. The relationship between obstetric doctors and obstetric nurses is historically marked by different beliefs and philosophies that impact the behavior adopted, generate polarization between professionals and influence the meanings of birth and how it is interpreted and conducted, which points to the need to reflect on the interaction process of professionals, from aspects that involve interprofessional education. The objective of the study was to reflect and elaborate the participative form of a matrix of collaborative competences for the process of interprofessional training of residents in obstetrics, in addition to the discussed pedagogical development for these competences during residency. A documentary survey was carried out on documents that make up the training curriculum along the lines of residency in obstetrics for medicine and obstetric nursing in Brazil, in order to produce subsidies for a composite of a preliminary version of the matrix, which was used as a basis for the script used in consultation with focus group experts. After transcribing the content of the meetings, an analysis and systematization was carried out, under a qualitative perspective, using the method of interpretation of meanings. As produced by this research, they reinforced the implementation of interprofessional education as a strategy to promote interprofessional collaboration in the obstetric field and provided subsidies for the preparation of a set of collaborative skills, in addition to raising the need to expand the debate on issues related to the culture of professional relationships between medicine and nursing from the particularities of the Brazilian obstetric scenario.

Descriptors: interprofessional education; obstetric nursing; medical obstetrics; collaborative model; obstetrics residency

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. JUSTIFICATIVA.....	20
3. OBJETO.....	24
4. OBJETIVOS.....	24
4.1 Objetivo geral.....	24
4.2 Objetivos específicos.....	24
5. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	25
5.1 A polissemia do termo colaborativo na atenção e na formação em saúde.....	25
5.2 Educação interprofissional em saúde e competências colaborativas.....	35
6. MARCO HISTÓRICO NORMATIVO.....	40
6.1 Educação interprofissional na formação em saúde no Brasil.....	40
6.2 As residências e a formação obstétrica no Brasil.....	43
6.3 Documentos sobre competências que orientam as residências de medicina e enfermagem em obstetrícia.....	47
6.3.1 Matriz de competências e residência médica em obstetrícia.....	49
6.3.2 Matriz de competências da residência de enfermagem obstétrica.....	51
7. MÉTODO.....	54
7.1 Aspectos éticos.....	59
8. DESENVOLVIMENTO DO CAMPO.....	60
8.1 Classificação e elaboração de competências.....	60
8.2 Processo de captação de participantes.....	61
8.3 Perfil dos participantes.....	62
8.4 Consulta aos especialistas.....	63
8.5 Dinâmica dos grupos focais	64
9. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	66
Capítulo 1 - A intersecção da prática: competências comuns e complementares.....	66
Capítulo 2 - Competências colaborativas para a formação interprofissional.....	75
De quem é o parto? A mulher como foco do cuidado.....	81
Agora é minha ou agora é sua? Os escopos de prática e a continuidade do cuidado.....	86

Conhecimento em favor da comunicação e da confiança: o lugar das evidências científicas.....	91
Comunicação e aspectos da formação.....	96
Ensinar a quem ensina: a qualificação docente para e educação interprofissional.....	98
Relações iguais entre atores desiguais: autonomia, liderança e tomada de decisão.....	101
Caminhos para a intervenção: estratégias pedagógicas possíveis.....	105
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS.....	110
APÊNDICES.....	122

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.

Paulo Freire

1. INTRODUÇÃO

Desde a década de 1980, governos de diversos países têm direcionado esforços na tentativa de reformular suas práticas na atenção ao parto e nascimento em função da necessidade urgente de redução das razões globais de mortalidade materna e perinatal¹. Tal desafio levou a Organização das Nações Unidas (ONU), em parceria com a Organização Panamericana de Saúde (Opas) e lideranças de diferentes categorias profissionais, a se reunirem na Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Nascimento, ocorrida em Fortaleza, Brasil, em 1985 e a lançar o documento “Recomendações sobre Tecnologias Adequadas para Nascimento e Parto Normal”. Esta publicação trouxe como ideia principal o direito que toda mulher tem de receber um cuidado adequado, ressaltando o seu protagonismo no processo de parto e nascimento. Essa proposta destaca os aspectos sociais, emocionais e psicológicos como fatores fundamentais a serem considerados para um cuidado adequado. O texto aponta ainda que o cuidado obstétrico baseado em tais critérios deve ser incentivado em substituição aos modelos de assistenciais altamente tecnológicos e intervencionistas¹

A partir dessa publicação, mudanças significativas nas práticas de atenção ao parto e nascimento começaram a ser incentivadas e implementadas no Brasil, assim como em outros países. Posteriormente, em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou uma nova publicação denominada “*Care in Normal Birth: A Practical Guide*”, que apresentou evidências científicas de práticas relacionadas ao cuidado no parto normal e as classificou em quatro categorias, de acordo com sua utilidade, efetividade e potencial danoso. As proposições da OMS trouxeram novas perspectivas para o campo obstétrico e, a partir de então, vem sendo realizados estudos e debates

¹ A mortalidade materna é definida como a morte de mulheres que ocorre durante a gestação ou no período de 42 dias após o parto ou término da gravidez, por causas relacionadas ou agravadas pela gestação ou seu manejo.¹³⁶ A razão de mortalidade materna é o número de óbitos de mulheres que ocorreram por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹³⁷

sobre tecnologias de baixa complexidade aplicáveis ao processo de nascimento; adoção de práticas humanizadas de cuidado; formação de profissionais para uma assistência menos intervencionista e reavaliação das condutas praticadas em comparação com as novas condutas. Coube à cada país analisar e comparar indicadores maternos e neonatais, pautando-se pelas recomendações da OMS para redefinir e/ou elaborar suas próprias diretrizes assistenciais. Observou-se que esses esforços se refletiram em um declínio significativo da mortalidade materna no mundo.¹⁻³

Segundo a OMS, considera-se razoável a razão de mortalidade materna de até 20 óbitos maternos. Entre 1990 e 2015, a redução global foi de aproximadamente 44%, e com uma média de redução de 2,9% ao ano no período entre 2000 a 2017. Entretanto, os números ainda não são aceitáveis. Enquanto países desenvolvidos têm razão próxima a 12 óbitos maternos, países em desenvolvimento apresentam aproximadamente 415 óbitos maternos. No Brasil, a razão de mortalidade materna estimada no ano de 2018 foi de 59,1 óbitos.⁴ Importante destacar que desde que teve início a pandemia provocada pelo COVID-19, o número de óbitos maternos cresceu assustadoramente. Desde maio de 2020 foram registrados no Brasil 911 óbitos de gestantes e puérperas por COVID-19, logo, estima-se que este indicador apresente uma elevação sem precedentes. O Brasil lidera o ranking de morte materna por COVID-19 nas Américas e isso reflete as deficiências no acesso e na qualidade da assistência prestada a gestantes e puérperas no país e expõe as desigualdades sociais e violações dos direitos da mulheres, tendo ainda o agravante das medidas de isolamento social precárias.⁵

A necessidade urgente de rever práticas e melhorar os resultados de indicadores maternos e neonatais, levaram o Ministério da Saúde (MS) a elaborar políticas públicas de atenção ao parto e nascimento, baseadas nas orientações da OMS. Inicialmente, em 2002 foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento⁶ e, a seguir,

em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher⁷. Na década seguinte, em 2011, criou-se o Programa Rede Cegonha instituído pela Portaria GM nº 1.459, que teve por objetivo garantir as usuárias do serviço público, o livre acesso, acolhimento e qualidade na atenção ao parto e nascimento, além de organizar a Rede de Atenção a Saúde Materna e Infantil.⁸

Com a criação do Programa Rede Cegonha, além dos indicadores relacionados a desfechos maternos e perinatais, outros aspectos passaram a ser considerados relevantes para a melhoria da qualidade da assistência obstétrica, sendo a satisfação e o protagonismo da mulher em sua experiência no parto amplamente discutida.⁹ A OMS em recomendações na década de 1990 já chamava a atenção sobre os partos como uma experiência voltada para a parturiente, seu bebê e sua família e os profissionais, instituições e normas devem ter por objetivo, incentivar o processo fisiológico do nascimento.³ Para que isso ocorra devem ser garantidos o respeito ao desejo da gestante, cuidados com sua privacidade, valorização de suas escolhas e garantia dos seus direitos reprodutivos. Além disso, há necessidade de se estabelecer uma relação de equilíbrio entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas ².

O movimento pela humanização da assistência ao parto está associado a proposta de mudança na cultura hospitalar do ponto de vista estrutural e organizacional, já que os partos ocorrem iminentemente neste ambiente. Faz-se necessário rever: a atuação dos profissionais e sua relação com o objeto do cuidado, nesse caso, o processo de nascimento, a importância de se respeitar os aspectos da fisiologia do parto, não intervindo desnecessariamente; o reconhecimento dos aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e a oferta do suporte emocional à mulher e sua família, favorecendo a formação precoce dos laços afetivos familiares e do vínculo entre a mãe e o bebê. ¹⁰²

No contexto da humanização da assistência obstétrica e da necessidade de reformulação das práticas de cuidado, uma das iniciativas internacionalmente adotadas foi a inserção de profissionais não médicos no acompanhamento do trabalho de parto de risco habitual. No cenário obstétrico brasileiro, o incentivo a formação e atuação das enfermeiras obstétricas passou a ser reconhecido como uma estratégia para essas mudanças. Em recomendações para o atendimento ao parto normal, a OMS definiu que 70 a 80 % dos trabalhos de parto, podem ser considerados de baixo risco ou risco habitual em seu período inicial e afirma que a enfermeira obstétrica² é a profissional mais adequada e com melhor relação custo-efetividade para acompanhar a gestação e o trabalho de parto, possuindo competência técnica para avaliar riscos, reconhecer complicações e tomar decisões.^{3,9,11}.

Estudos realizados no Brasil e em outros países revelam que o cuidado prestado por enfermeiras obstétricas está associado ao uso mais eficiente dos recursos e melhores resultados perinatais, respeito ao processo fisiológico do trabalho de parto, menores taxas de intervenções desnecessárias e aumento da satisfação das usuárias que possuem sua autonomia preservada e garantido o seu direito de participação na tomada de decisões.^{9,11-13}

Dias e Domingues¹⁰, ao discorrerem sobre os desafios para a humanização da assistência ao parto no Brasil destacam que:

[...] “a formação da enfermeira obstétrica dá maior ênfase aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo, privilegiando uma atuação fundamentada na compreensão do fenômeno da reprodução como singular, contínuo e saudável, no qual a mulher é o foco central, e que se desenvolve em um determinado contexto sócio-histórico” (p.701)

² Nota da autora: considerando o cenário da enfermagem obstétrica, majoritariamente formado por mulheres, nesse estudo optamos por utilizar pronomes e substantivos no feminino, produzindo um reconhecimento de tal fato. Trechos de citações serão mantidos em sua forma original.

Desde 1998 o MS, a exemplo de experiências bem sucedidas em países europeus, em que a assistência obstétrica é prestada por profissionais não médicos e, frequentemente os partos ocorrem em ambiente extra hospitalar, reconheceu a importância da assistência ao parto prestada por enfermeiras obstétricas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e hospitais conveniados, e incorporou o trabalho dessas profissionais e o valor da remuneração aos procedimentos ¹⁴, Em 1999, a Portaria GM/MS nº 985/1999 instituiu os Centros de Parto Normal (CPN) ¹⁵, que são unidade de saúde destinadas a prestar assistência humanizada e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias, contando necessariamente com a atuação da enfermeira obstétrica como responsável por todos os cuidados prestados às mulheres e aos bebês, podendo haver ou não a atuação da profissional médica de forma complementar. A implantação dos CPN ganhou ênfase em 2011 como parte da estratégia do Rede Cegonha. Entretanto, Vico¹⁶, em um estudo do Programa de Mestrado Profissional do Instituto Fernandes Figueira que se propôs a avaliar o processo de implantação dos CPN no contexto da Rede Cegonha, no SUS, no período de 2011 até 2016, evidenciou que, embora o planejamento do governo federal fosse a implantação 65 CPN até 2015, o número de unidades habilitadas até o ano de 2016 não passava de 15, o que indica, de acordo com a autora, que apenas 0,82% dos partos de risco habitual no Brasil foram assistidos em CPN. Esses achados vão ao encontro do que levantou o inquérito populacional Nascer no Brasil¹⁷, realizado em 2014, que mostrou que 83% dos nascimentos do país ocorreram em contexto hospitalar com a presença da equipe multiprofissional.

Em 2012, um modelo colaborativo de assistência obstétrica adotado em uma maternidade americana foi descrito por Chang Pecci et al¹⁸ como um modelo que enfatiza o cuidado da mulher por uma equipe de profissionais, em vez de um único

profissional. Médicos obstetras, médicos de família, enfermeiras obstétricas e residentes revisam juntos o histórico da mulher, planos de cuidados e achados fetais em rondas formais de ensino pela manhã e à noite e informalmente ao longo do dia. Para Vogt, Silva e Dias¹⁹, a atuação integrada da médica obstetra e da enfermeira obstétrica na equipe de atenção ao parto e nascimento neste contexto configura o chamado modelo colaborativo de assistência obstétrica em contraposição a um modelo tradicional de assistência “centrado no médico como provedor único na atenção”. Em 2017, o *American College of Nurse-Midwife* desenvolveu um projeto de pesquisa denominado *Clarity in Collaboration* que estabeleceu conceitos e definições acerca do trabalho na enfermeira obstétrica e obstetrix nos modelos de assistência obstétrica. A publicação define o modelo colaborativo de assistência obstétrica como:

“Um modelo em que a assistência pré-natal, intraparto e puerperal é prestada de forma colaborativa por uma equipe integrada de tipos de provedores de cuidados maternos, incluindo pelo menos dois dos seguintes: médicos obstetras, médicos de medicina materno-fetal, médicos de família, enfermeiras obstetras, obstetrixes, enfermeiras e assistentes médicos.” (p.3)

A utilização do termo colaboração no contexto obstétrico é apresentada por Downe, Finlayson e Fleming²⁰ como aquele que envolve “esforços de enfermeiras obstétricas e médicos entre si com o propósito de compartilhar funções e prestar cuidados seguros, recompensadores e eficazes às mulheres e suas famílias” (p.251).

Na década de 1970 se iniciaram os debates acerca da colaboração interprofissional na área da saúde, quando era crescente a demanda por uma reformulação nos sistemas de saúde, até então focados no modelo biomédico e hospitalocêntrico, fortemente caracterizados pelo cuidado fragmentado e especializado. Diante dessa configuração de oferta de cuidado passou a ser incentivada a integralidade da assistência a saúde, com destaque para o foco na atenção primária como importante estratégia de transformação nos sistemas de saúde.²¹

A busca pela integralidade em saúde se tornou premente em outros níveis de atenção como na terapia intensiva, na saúde mental e no campo obstétrico, reforçando a prerrogativa de que a estreita colaboração na oferta de cuidados se faz cada vez mais essencial para que em conjunto profissionais de diferentes categorias possam articular conhecimentos com melhores resultados e qualidade na assistência às pessoas, às famílias e às comunidades^{20,22,23}.

Henneman²⁴ destaca que o impacto positivo da colaboração nos resultados em saúde já é reconhecido pela literatura desde 1986, sendo incentivada por organizações profissionais e agências de acreditação.³ Em 2010, a OMS deu destaque à discussão acerca da prática colaborativa e da EIP no contexto da saúde, enfatizando-as como temas emergentes em nível global, reconhecendo a efetividade da prática colaborativa para melhoria dos resultados em saúde e para o fortalecimento dos sistemas de saúde.²⁵

A relação entre médicos e enfermeiras obstétricas é historicamente marcada por diferentes crenças e filosofias que impactam na conduta adotada, gerando muitas vezes uma polarização entre os profissionais, o que por sua vez influencia nos sentidos do nascimento e como ele é interpretado e conduzido^{20,26}. O manejo dessas questões através de práticas baseadas no trabalho em colaboração, podem não só contribuir para a redução de resultados obstétricos negativos, mas também favorecer o aumento dos índices de parto normal e a qualidade da atenção dispensada a gestante, a puérpera, ao bebê e a sua família²⁰. O Ministério da Saúde (MS) iniciou em 2017 o projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (*Apice On*) em parceria com unidades de ensino e/ou que atuam como auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha com o objetivo reformular e aprimorar processos de trabalho e

³ A acreditação hospitalar configura-se como uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência oferecida em todos os serviços de um hospital. Tem como base a avaliação dos padrões de referência desejáveis, constituídos por peritos da área e previamente divulgados, e nos indicadores ou instrumento que o avaliador emprega para constatar os padrões que estão sendo analisados.¹³⁸ No Brasil a Organização Nacional de Acreditação (ONA) é a instituição responsável pelo desenvolvimento e gestão dos padrões brasileiros de qualidade e segurança em saúde.

fluxos que permitam melhor acesso, cobertura e qualidade na atenção, a partir da implementação de práticas de cuidado obstétrico e neonatal baseadas em evidências científicas e nos princípios da humanização. Por ser estruturado a partir de três eixos: formação, atenção e gestão, o *Apice On* reforça a integração entre essas três dimensões produtoras do cuidado e aponta para a necessidade urgente de remodelar as práticas assistenciais a partir da formação profissional²⁷

A dissertação apresenta o marco teórico conceitual da educação interprofissional em saúde, além de explorar a polissemia atribuída ao termo ‘colaborativo’. O marco histórico normativo contempla um apanhado de iniciativas nacionais para a remodelação das práticas educacionais a partir da educação interprofissional e descreve uma linha histórica e os marcos legais das residências em obstetrícia no Brasil. O método é descrito, seguido pela seção onde detalha-se o desenvolvimento do campo. Os resultados e discussão são divididos em dois capítulos e encerra-se com as considerações finais.

2. JUSTIFICATIVA

A inserção da enfermeira obstétrica no cenário do parto e nascimento é uma das estratégias para a mudança que se deseja no modelo de assistência prestada a parturientes, todavia, conforme pontuam Matuda et al²⁸ e D'amor et al²⁹, o fato de simplesmente reunir profissionais em uma equipe não significa necessariamente a melhoria da qualidade da assistência e nem resulta em uma prática colaborativa, o que aponta para a necessidade de refletir sobre o processo de interação das equipes a partir de aspectos que envolvem o trabalho em colaboração.

Essa proposta para uma nova realidade organizacional expõe lacunas existentes na formação de profissionais de saúde, que ainda não parecem estar preparados para atuar de forma integrada e articulada com os de outras categorias profissionais, revelando uma formação marcada pela cultura uniprofissional, fragmentada e que, muitas vezes ainda se baseia na mera reprodução de procedimentos.²¹

Diante das transformações sociais, culturais, econômicas, políticas e da complexidade das necessidades sanitárias da população, cada vez é mais urgente para a consolidação do SUS como um sistema universal e integral, a efetiva adoção de sua concepção ampla e plural de saúde. Costa³⁰ afirma que “o processo de fortalecimento e consolidação do SUS, exige um movimento permanente de reflexão das práticas em saúde e também do modelo de formação de seus profissionais, sendo incoerente fazer esses dois debates separadamente”(p.15). Nesse sentido, pensar o fortalecimento do SUS implica em discutir as relações de trabalho pautando-se por práticas colaborativas, processo de transformação que precisa iniciar-se na formação.^{30,31}

De acordo com a OMS²⁵ “a EIP ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde” (p.7) e, conforme pontua Fonsêca³¹, tem se mostrado potente estratégia para o desenvolvimento de competências

colaborativas e a formação de profissionais capazes de articular o conhecimento de forma crítica e ética, respeitando os saberes e práticas de outras categorias profissionais, atuando de forma conjunta para atender a complexidade das demandas em saúde.³² A formação para o trabalho colaborativo não só produz melhores respostas na solução de problemas em saúde, mas foca nas necessidades dos usuários e nas perspectivas da integralidade e equidade para o desenvolvimento de ações e políticas³³. Desse modo, discutir a formação de recursos humanos em saúde à partir da perspectiva da EIP é fundamental para a mudança no modelo de assistência que se pretende alcançar, bem como representa importante ferramenta para o fortalecimento do SUS³¹.

O Brasil já reconhece a importância de reorientar a formação em saúde a partir da EIP e de políticas como o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), o Pró-Ensino na Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais, entre outras, que tem se mostrado importantes no incentivo às mudanças nas práticas educativas.³³

Apesar de políticas e de iniciativas como essas, dois estudos^{35,36} bastante recentes que analisaram a produção de conhecimento científico sobre a temática da EIP em saúde no Brasil, mostraram baixa expressividade de publicações, com enfoque maior para a atenção primária e para atuação interprofissional, encontrando poucas discussões acerca de aprendizagem e estratégias pedagógicas, o que indica que o debate acadêmico sobre o tema ainda deve ser incrementado e expandido para outros campos da atenção a saúde. Michel³⁵ salienta que é fundamental o incentivo a pesquisas acerca de experiências interprofissionais e que esses estudos contribuem não só para consolidar a produção científica nacional sobre o tema, mas também fornecem subsídios para a elaboração de políticas públicas de saúde que auxiliem nas mudanças do modelo de formação vigente.

Por ser um cenário onde o conhecimento teórico se alia a prática e o ensino ocorre concomitante ao serviço, a formação na modalidade residência em saúde se mostra um campo propício para a implementação da EPI e o desenvolvimento das potencialidades necessárias a prática colaborativa, centrada no usuário e alinhada a integralidade do cuidado³⁴. Atualmente a especialização em obstetrícia no Brasil é oferecida nos moldes de residência para as categorias médica e de enfermagem. Esses profissionais compartilham o mesmo cenário de práticas na formação, sobretudo no cenário de parto e nascimento, o que favorece o desenvolvimento de habilidades e competências para o trabalho colaborativo neste contexto.

Para além do que evidencia a literatura acadêmica, como profissional de saúde, atuando no campo obstétrico desde 2013, e enfermeira obstétrica desde 2016, tive a oportunidade de vivenciar a rotina de residentes no cenário de parto em maternidades do município do Rio de Janeiro e, em todo esse período tenho percebido o quanto a relação entre médicos obstetras e enfermeiras obstétricas pode ser conflituosa, gerando consequências nem sempre positivas para as parturientes. Também pude observar que essa tendência ao embate parece estar enraizada em *ethos* profissionais dominantes que atendem a interesses institucionais e corporativos perpetuada e transmitida aos jovens que estão em formação e que compartilham os mesmos campos de atuação durante o programa de residência de ambas as categorias.³⁷

Diante de um cenário em que todos os profissionais envolvidos deveriam colaborar mutuamente para que a mulher e seu bebê tenham a experiência de parto mais humana e segura possível, frequentemente apresenta-se uma realidade marcada por tensões, disputas por espaço de poder e discordâncias sobre condutas. O olhar acadêmico durante o mestrado me permitiu estranhar o que já se tornou familiar e construir alguns questionamentos. Como incentivar a prática colaborativa entre médicos e enfermeiras

obstétricas a partir da formação em obstetrícia? Quais seriam as competências necessárias para que médicos obstetras e enfermeiras obstétricas atuem de forma colaborativa na atenção ao parto e nascimento? Que estratégias pedagógicas as instituições de ensino responsáveis pela formação em residência em obstetrícia têm adotado ou deveriam adotar para favorecer que os discentes desenvolvam as competências necessárias ao trabalho colaborativo?

A realização de estudos sobre a contribuição da EIP na formação de residentes em enfermagem obstétrica e médicos obstetras/ginecologistas, é urgente para alinhar as perspectivas acerca do modelo colaborativo de assistência e oferecer uma atenção ao parto e nascimento mais humanizada, segura e de qualidade.

3. OBJETO

Educação interprofissional de residentes de medicina em obstetrícia e enfermagem obstétrica para a atenção ao parto e nascimento no Brasil.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Desenvolver um conjunto de competências colaborativas para a educação interprofissional de residentes de medicina em obstetrícia e enfermagem obstétrica para a atenção ao parto e nascimento.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar as competências comuns e as complementares para a educação interprofissional de residentes de medicina em obstetrícia e enfermagem obstétrica para a atenção ao parto e nascimento.
- Discutir estratégias pedagógicas para o desenvolvimento das competências colaborativas na educação interprofissional de residentes de medicina em obstetrícia e enfermagem obstétrica para a atenção ao parto e nascimento.

5 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

5.1 A polissemia do termo colaborativo na atenção e na formação em saúde

O verbo “colaborar” deriva do latim *collaborare* que é uma combinação de "com" (co) e "trabalho" (-labore)²⁰. Segundo o Michaelis: Moderno dicionário da língua portuguesa, a palavra possui três significados: a) trabalhar em comum com outrem na mesma obra; b) concorrer, cooperar para a realização de qualquer coisa; c) escrever para periódicos, sem pertencer ao quadro efetivo dos seus redatores.³⁸ No universo das relações entre profissionais, autores^{20,24,39-42} apontam para a ambiguidade e pouca clareza quanto a definição do termo colaborativo, fator que pode comprometer seus significados, sua utilização e até mesmo análises e correlações com os resultados de sua utilização no campo da saúde. O profissional que desconhece ou que possui dúvidas, inclusive decorrentes da falta de consenso acerca da conceituação do termo, pode não ser capaz de fazer associações e inferências adequadas a proposta do processo de trabalho, o que gera inconsistência em pesquisas que se propõem a evidenciar a efetividade da prática colaborativa.^{24,39}

Um outro fator que pode confundir o sentido atribuído ao termo colaborativo é a sua proximidade com palavras de mesma natureza, que muitas vezes são consideradas sinônimas para qualificar processos. Não raro, observa-se o termo se torna um mero jargão profissional, o que não estará corretamente associado a relação com o processo de trabalho.⁴¹ Cooperação, trabalho em equipe, parceria são exemplos de expressões utilizadas para se referir ao processo de trabalho que aglutina mais de uma categoria profissional em um mesmo cenário. Desse modo, é importante compreender os conceitos e as definições que fundamentam a colaboração e entende-la para além de um substantivo, mas como um processo organizacional estruturado que possui mecanismos bem definidos para implementação e avaliação.²⁵

A atenção em saúde envolve uma diversidade de categorias profissionais em ambientes e processos de trabalho que propiciam a interação entre seus participantes. Essa interação pode ser dar em diferentes configurações, dentre as quais está a colaborativa²⁹. Nesse sentido, começa a ser empregado o termo colaborativo para qualificar uma nova modalidade de relação de trabalho que, de acordo com D'amour et al²⁹ “transmite a ideia de compartilhar e implica uma ação coletiva orientada para um objetivo comum, em um espírito de harmonia e confiança, particularmente no contexto dos profissionais de saúde” (p.116)

Coluccio e Maguire⁴³ conceituam colaboração relacionada ao cuidado em saúde como “processo de comunicação conjunta e tomada de decisão com o objetivo expresso de satisfazer as necessidades de bem-estar e doença do paciente, respeitando as qualidades e habilidades únicas de cada profissional”(p.62)

Em revisão de literatura, onde buscaram identificar os conceitos e definições associados a colaboração, Wood e Gray⁴⁰ não encontraram uma única e precisa definição, mas elegeram elementos comuns presentes em cada uma delas, partindo de três perguntas norteadoras: quem está fazendo o que, com que meios e com que finalidade? Alguns elementos conceituais se destacaram e permitiram às autoras elaborarem a seguinte definição:

“Colaboração ocorre quando um grupo de pessoas autônomas, interessadas no domínio de um problema se engajam em um processo interativo, utilizando regras, normas e estruturas compartilhadas para agir ou decidir sobre assuntos relacionados ao problema de interesse.”
(p.146)

Os elementos identificados por elas – (1) partes interessadas no domínio de um problema; (2) autonomia; (3) processo interativo; (4) regras, normas e estruturas compartilhadas; (5) ação ou decisão⁽³⁵⁾ – vão ao encontro do que Henneman et al²⁴ chamaram de atributos sem os quais não se pode dizer que haja a colaboração. Para os autores é necessário que dois ou mais indivíduos estejam envolvidos em um esforço

cooperativo e percebam-se como parte de uma equipe que compartilha o planejamento, tomada de decisões, resolução de conflitos e responsabilidade pelos resultados. Cada participante contribui com sua experiência para atingir a um objetivo comum e é reconhecido por essa contribuição em uma relação não hierárquica.

A partir de uma pesquisa que combinou revisão da literatura e análise sistemática das múltiplas definições de colaboração e entrevistas com 20 diretores organizacionais sobre suas experiências com colaboração, Thomson, Perry e Miller³⁹ exploraram melhor o conceito desenvolvido por Wood e Gray⁴⁰ trazendo uma definição baseada no que chamaram de dimensões chave:

"Colaboração é um processo no qual atores autônomos ou semiautônomos interagem por meio de negociações formais e informais, criando conjuntamente regras e estruturas que regem suas relações e formas de agir ou decidir sobre as questões que os aproximam; é um processo que envolve normas compartilhadas e interações mutuamente benéficas." ³⁹ (p.3)

Percebendo a diversidade de concepções atribuídas a colaboração, D'amour et al²⁹ em revisão da literatura, elaboraram o conjunto de relações existentes entre esses vários conceitos através da apresentação de um referencial teórico sobre o tema. Os autores apontaram conceitos que se relacionam com a colaboração e que são considerados características determinantes de uma prática dita colaborativa: (1) compartilhamento; (2) parceria; (3) interdependência; (4) poder ; (5) processo; (6) trabalho em equipe; (7) foco no cliente.. O estudo destaca que os processos colaborativos fundamentam-se sobretudo, na confiança mútua, além da integração e concordância entre diferentes saberes e conhecimentos. São desenvolvidos com a finalidade de atender tanto as necessidades, no caso dos autores a dos clientes, quanto as dos profissionais envolvidos e é preciso considerar o ambiente em que o processo se dá, a maneira como os profissionais interagem e administram o trabalho em conjunto e os resultados.

Para além das relações entre profissionais, a *Canadian Interprofessional Health Collaborative*⁴⁴ amplia a definição de colaboração interprofissional como um processo de desenvolvimento e manutenção de relações de trabalho eficazes, baseadas em respeito, confiança, tomada de decisões compartilhadas e parcerias entre alunos, profissionais, pacientes/clientes/famílias e comunidades. De acordo com a organização:

“(…) seis domínios de competências destacam o conhecimento, habilidades, atitudes e valores que moldam os julgamentos essenciais para a prática colaborativa interprofissional, a saber: (1) comunicação interprofissional; (2) paciente / cliente / família / cuidado centrado na comunidade; (3) clareza de papéis; (4) Funcionamento da equipe; (5) liderança colaborativa; (6) resolução de conflito interprofissional” (p.09)

Uma revisão sistemática⁴² avaliou o impacto da colaboração interprofissional nos seguintes desfechos: satisfação do paciente e/ou eficácia e eficiência da assistência prestada e / ou grau de colaboração alcançado. O artigo enfoca as intervenções baseadas na prática para a colaboração interprofissional, que ocorrem através da implantação no local de trabalho, de uma ferramenta ou rotina que apoie a interação entre diferentes profissionais de saúde com propósito explícito de melhorar a colaboração. Os exemplos incluem ferramentas de comunicação, reuniões interprofissionais e listas de verificação.⁴²

Os resultados do estudo mostraram que reuniões multidisciplinares mensais com um facilitador externo que usava estratégias para estimular o trabalho colaborativo reduziram em 37% a prescrição de drogas hipnóticas e em 59% a prescrição de antidepressivos em asilos além de reduzir o tempo e os custos do tratamento. Os *rounds* interdisciplinares diários também mostraram impacto positivo no tempo de internação e despesas totais de pacientes internados em unidades de cuidado intensivo. Os autores sugerem que as intervenções baseadas na prática para a colaboração interprofissional podem melhorar os resultados e processos de cuidados em saúde, mas apontam para o reduzido número de estudos e tamanhos de amostras avaliando essas intervenções e

também para a multiplicidade de conceitos e termos relacionados a colaboração como limitações para avaliar e compreender como a intervenção aborda a colaboração, promove mudanças e finalmente como essas mudanças geram resultados em saúde.⁴²

Uma equipe de trabalho em saúde colaborativa é uma das melhores maneiras de enfrentar os desafios de saúde, cada vez mais complexos e isso tem sido reconhecido por gestores e formuladores de políticas públicas, sobretudo nos países ocidentais. O interesse em avançar na colaboração interprofissional tem crescido nas últimas duas décadas e resultado na criação de políticas, estratégias e associações em nível local, nacional e regional, além de centros acadêmicos de excelência, todos voltados para a discussão e promoção das práticas colaborativas em saúde.^{21,25}

No Brasil em paralelo ao movimento da reforma sanitária e a criação do SUS em 1988, uma mudança no perfil epidemiológico e demográfico da população se intensificou, evidenciando maior expectativa de vida e envelhecimento e maior prevalência de doenças crônicas. Nesse sentido a perspectiva da integralidade⁴ na assistência veio para romper com o reducionismo biomédico e curativista até então vigente e reestruturar a formação e o trabalho em saúde.^{31,45} Em 1993, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), a agenda de saúde brasileira começou a introduzir o modelo com foco em atenção primária e com ele retoma-se a discussão sobre a necessidade de uma assistência integrada e descentralizada em saúde.²¹

Nessa sequência, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) abriu caminho no Brasil para uma nova perspectiva de organização do cuidado e revelou a necessidade de se

⁴ A integralidade é um dos princípios do SUS e de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) pode ser entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” A integralidade possui amplo sentido no campo da saúde e diz respeito principalmente a compreensão do ser humano e sua relação com o processo saúde-doença para além somente do fator biológico, considerando o indivíduo nos diversos contextos que o atravessam e são capazes de produzir saúde e doença. Este princípio do SUS influencia a organização de ações, serviços e políticas de saúde e tem estreita relação com as relações de trabalho, educação e formação de profissionais de saúde. ¹⁴⁰

aprofundar as pesquisas e as discussões sobre o processo de interação entre profissionais no cenário de trabalho. Além da atuação de uma equipe mínima composta por médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitária de saúde, a ESF era vinculada a uma rede de apoio matricial, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família⁵ (Nasf). Essas equipes eram compostas por profissionais de diferentes categorias, como psicólogas, nutricionistas, fisioterapeutas, professoras de educação física, e tinham o propósito de ampliar a abrangência e a resolutividade da ESF⁴⁶.

O apoio matricial constituiu-se em uma importante estratégia de implementação do trabalho colaborativo e de acordo com Bispo Junior e Moreira⁴⁶ “trata-se de um modelo que almeja a democratização das relações interprofissionais por meio da cogestão e da maior implicação de especialistas e generalistas com o cuidado em saúde”(p.3). A proposta era que um grupo de profissionais especializados de múltiplas áreas oferecesse suporte a equipe de referência de modo a ampliar as possibilidades terapêuticas a partir da troca de conhecimentos entre diferentes disciplinas. Esta dinâmica de integração entre os profissionais de referência e os profissionais do Nasf buscava também superar a lógica de encaminhamento sistemático de pacientes, onde a assistência acaba por ser compartimentalizada sem que haja responsabilização da equipe como um todo. Nesse arranjo organizacional, a assistência ocorria através da articulação entre os profissionais em reuniões de equipe para discussão de casos individuais e demandas coletivas, pactuação de atribuições e compromissos, tomada de decisão compartilhada com foco no usuário, avaliação de resultados e a responsabilização conjunta pelo plano terapêutico.⁴⁶

⁵ Em janeiro de 2020, através da Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, o MS acabou com a obrigatoriedade de as equipes multidisciplinares estarem vinculadas ao modelo NASF e interrompeu o credenciamento de novas equipes Nasf a partir desta data. De acordo com a Nota, “com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe” deixando esse modelo de apoio matricial de ser referência para a atenção básica.¹⁴¹

Essa lógica de trabalho compartilhado que envolve diferentes saberes permite que, além do processo do adoecer fisiopatológico, outras condições que atravessam o processo saúde-doença possam ser notadas e consideradas no plano de cuidados e tratamento e assim se possa oferecer uma atenção integrada e adequada as necessidades singulares dos usuários²¹. Desse modo, a prática colaborativa tem saído do escopo somente da atenção básica e ganhado espaço em diversos setores da saúde como uma alternativa para oferecer resposta mais adequadas e eficientes as necessidades de saúde.

No contexto da assistência obstétrica a prática colaborativa tem sido discutida internacionalmente.⁴⁷ A sua associação com a segurança do paciente é frequentemente abordada e a falha em aspectos da prática colaborativa já foi apontada como causa direta de morte perinatal nos Estados Unidos e Reino Unido.⁴⁸ As diferenças entre a cultura profissional de cada categoria podem ser apontadas como um obstáculo a colaboração interprofissional, e no campo obstétrico essas diferenças podem se tornar um fator de risco para a segurança da mulher.^{20,47}. Médicos obstetras e enfermeiras obstétricas possuem filosofias diferentes acerca da gestação e processo de nascimento, e isso se deve não só a cultura profissional de cada uma, mas também a outros fatores como o tipo de formação que receberam, as responsabilidades que assumem dentro de suas atribuições específicas, as experiências que acumularam ao longo da trajetória profissional, o perfil das pacientes que cada um assiste. Enquanto enfermeiras obstétricas assistem mulheres que apresentam risco habitual e, portanto, requerem o mínimo de intervenções, as médicos obstetras frequentemente lidam com as mulheres que apresentam algum fator de risco que pode gerar complicações, necessitando maiores intervenções.^{47,49} Por ser um cenário complexo e dinâmico, onde mulheres podem atravessar com facilidade o limite entre risco e baixo risco, o trabalho de parto é apontado como uma situação em que os profissionais envolvidos precisam estar bem

qualificados do ponto de vista técnico e alinhados em equipe para promover a segurança da mulher e do bebê. Mulheres em trabalho de parto de risco habitual podem apresentar subitamente sinais de risco iminente ou instalado e, nesse momento crítico exige que médicos, enfermeiras obstétricas e toda a equipe multiprofissional estejam em consonância para identificar riscos e agir com rapidez e eficiência para evitar possíveis danos maternos, fetais e neonatais^{20,26}. Downe²⁰ destaca ainda que a colaboração efetiva, não só beneficia mulheres com algum risco mas também facilita que o trabalho de parto transcorra naturalmente para mulheres que não apresentam risco e desejam o mínimo de intervenções.

A assistência ao processo do parto e nascimento compartilhada entre médico obstetra e enfermeira obstétrica, seja em ambiente intra ou extra-hospitalar é o modelo que predomina em países industrializados como Inglaterra, Alemanha, Reino Unido, Países Escandinavos, Canadá, Austrália e Estados Unidos^{50,51}. No Brasil, a maior parte dos nascimentos ocorre em ambiente hospitalar e este é o modelo proposto para os hospitais que compõem o SUS e estão vinculados a Rede Cegonha.

Importante elucidar que o modelo colaborativo a que se refere a literatura, consiste de uma estrutura organizacional entre os profissionais que estão habilitados a prestar a assistência direta ao parto (médico obstetra e enfermeira obstétrica), de acordo com suas atribuições legais e o risco apresentado pela mulher.¹⁹ É apontado como um modelo “humanizado” por incluir a enfermeira obstétrica na equipe, uma vez que esta possui uma formação voltada para práticas mais humanística, que respeitam a fisiologia do processo de parto. A presença desta profissional na equipe é associada a mudanças de práticas e rotinas institucionais, menores taxas de intervenções desnecessárias e melhores desfechos maternos e neonatais. Esse modelo é uma proposta alternativa ao modelo em que somente a médica é responsável pela assistência a gestante,

independentemente da classificação de risco. Na literatura esse modelo é nomeado de diversas formas, como: modelo biomédico, modelo hospitalocêntrico, modelo intervencionista, modelo médico-centrado, modelo tradicional, modelo medicalizado, entre outras expressões. Contudo é necessário destacar que a inserção da enfermeira obstétrica na equipe multiprofissional é apenas uma das estratégias para mudança no modelo de atenção ao parto, que neste caso tem uma concepção mais ampla de mudança de paradigmas no parto e no nascimento, compreendendo todo um conjunto de ações em diversos níveis que envolvem gestão política, institucional, formação em saúde, ensino, pesquisa, modificações estruturais, qualificação de recursos humanos, entre outras.⁵²

O modelo denominado por Vogt⁵⁰ como colaborativo envolve os trabalhos de parto de risco habitual e sem complicações, sendo inteiramente acompanhados por enfermeiras obstétricas, havendo participação pontual da equipe médica se necessário. Caso ocorra algum indicador de risco materno ou neonatal, a assistência passa a ser compartilhada entre a médico e a enfermeira, sob responsabilidade do médico em casos de maior risco^{10,50,51}.

Um estudo americano⁵³ que avaliou a comunicação entre médicos e enfermeiras obstétricas e sua implicação para a segurança do paciente mostrou que em vez de uma comunicação eficiente que pudesse desenvolver um plano de cuidado baseado no conhecimento e experiências de ambos, os profissionais desenvolveram um comportamento de negociação não coerente com uma prática colaborativa. Baseados nas narrativas dos participantes, os autores concluíram que os profissionais acreditavam estar trabalhando em colaboração, quando, no entanto, suas descrições de comunicação entre a equipe mostraram que as vezes pareciam trabalhar em paralelo ou mesmo em oposição uns aos outros, o que resultou eventualmente em falhas na segurança das

mulheres sob seus cuidados em trabalho de parto e parto. Os resultados também apontaram que a percepção dos médicos em relação ao trabalho colaborativo foi mais positiva do que a das enfermeiras obstétricas, muito similar aos achados de Romijn⁴⁷ em estudo que avaliou a percepção dos profissionais envolvidos no cuidado obstétrico acerca da colaboração interprofissional na Holanda. A autora destaca que resultados similares já foram encontrados em outros campos da atenção especializada de saúde, como em unidades de terapia intensiva e centro cirúrgico. Simpson⁵³ entende que “aqueles que ocupam posições de autoridade superiores veem frequentemente o trabalho de equipe de forma mais positiva do que aqueles que se encontram no outro extremo do espectro de autoridade”(p.553). Esse padrão sugere que, embora acreditem estar trabalhando em equipe e tenham objetivos em comum, a colaboração interprofissional não ocorreu de fato, ou os profissionais desconheciam o que estrutura uma prática colaborativa.

Outro estudo da mesma natureza, que buscou explorar as atitudes de médicos e enfermeiras obstétricas australianas sobre a prática colaborativa concluiu que esta é limitada por tensões a respeito de diferenças culturais, relações de poder e conflito de papéis. A autora indica que essas limitações estavam relacionadas a um aumento da carga de trabalho e a fragmentação da equipe e, enfatiza que, para a prática interprofissional colaborativa torna-se efetiva nos serviços de saúde é necessário que seja abordada a nível de formação, reforçada através da educação contínua dos profissionais e sustentada por políticas públicas.⁵⁴

Desse modo, um dos principais desafios consiste na implementação da colaboração entre profissionais, uma vez que o fato de uma equipe ser formada por profissionais de diferentes áreas não configura por si só a prática colaborativa e como pontua Peduzzi⁵⁵, a colaboração não pode ser imposta em um ambiente de trabalho. Não é algo que se

possa ordenar e esperar que os profissionais cumpram, mas sim um comportamento que deve ser voluntário e natural entre os membros da equipe. Portanto, torna-se um desafio da EIP a formação de profissionais de saúde que tenham desenvolvido competências a ser mobilizadas para a introdução das práticas colaborativas nos serviços de saúde.

5.2 Educação interprofissional em saúde e competências colaborativas

As discussões acerca da interprofissionalidade na formação em saúde se iniciaram na década de 1980 com a criação do centro de aperfeiçoamento da EIP (*Centre of Advancement of Interprofessional Education – Caipe*) vinculado ao sistema de saúde inglês (*National Health Service*).⁵⁵ Acompanhando a crescente de mudanças no modelo de trabalho da era pós-fordista, o setor da saúde também precisou reconhecer a necessidade de criar estruturas organizacionais de trabalho que respondessem a uma demanda de desfragmentação das práticas, integração de ações e trabalho colaborativo.⁵⁵

Em 2010, a OMS publicou o Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa²⁵, documento que constitui referência para as ações em EIP em nível global. Além de definir que a EIP “ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde” (p.13), o documento aponta a prática colaborativa como resultado direto da EIP ao afirmar que “uma força de trabalho colaborativa preparada para a prática é uma maneira específica de descrever os profissionais de saúde que tenham recebido treinamento eficaz sobre educação interprofissional.” (p.10)

Para melhor compreender a EIP, Batista ⁵⁶ buscou alicerce em uma concepção de educação construtivista e dialógica, estreitamente relacionada a pedagogia freireana que considera educador e aluno como sujeitos da construção do conhecimento em um

processo interativo, crítico e de aprendizado recíproco. O autor considerou também o conceito de saúde a partir da perspectiva da integralidade, que não só amplia a visão sobre os determinantes do processo saúde-doença mas também rompe com a concepção biomédica ao reconhecer a importância da multiprofissionalidade na atenção a saúde.

Partindo destas concepções, constitui-se desafio uma educação no campo da saúde que integre diferentes identidades profissionais, aprendendo entre si e sobre suas especificidades, valorizando a atuação em colaboração, o respeito mútuo, a comunicação horizontal e a tomada de decisão compartilhada para a prestação de uma assistência que abarque a multiplicidade de fatores que são capazes de produzir saúde ou doença^{32,56,57}. Considerando que a natureza complexa e ampla das necessidades de saúde de um indivíduo, família ou comunidade não pode ser trabalhada de forma uniprofissional e fragmentada, a formação de profissionais de saúde com uma abordagem interdisciplinar⁶ é o que vai abrir caminho para uma prática interprofissional.

Em uma publicação mais recente, Reeves⁵⁸ refere que:

“Educação interprofissional (IPE) é definida como uma intervenção onde os membros de mais de uma profissão de saúde ou de assistência social, ou ambos, aprendem interativamente em conjunto, com o objetivo explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde/bem estar dos pacientes/clientes, ou ambos.” (p.02)

Pertinente destacar que esta definição amplia o conceito ao compreender a EIP como uma intervenção no processo de formação de profissionais a partir necessariamente da interação entre eles no campo de aprendizagem. Conforme pontuam Peduzzi⁵⁵ e Reeves⁵⁷ não basta somente agrupar diferentes categorias profissionais em

⁶ A diversidade de termos de natureza semelhante como: “interdisciplinar”, “multidisciplinar”, “multiprofissional”, pode gerar dúvidas sobre seus conceitos levando estas expressões a serem empregadas equivocadamente como sinônimos do termo interprofissional. Para dirimir qualquer equívoco conceitual e ajudar a elucidar o que vem sendo abordado no estudo, vimos a necessidade de descrever tais conceitos. “O radical da palavra ‘disciplinar’ faz referência a um campo ou área de conhecimento. O radical ‘profissional’, por sua vez, se refere a práticas ou núcleos profissionais. O prefixo ‘multi’, expressão que trata da área do conhecimento ou profissionais caminha em paralelo, mas com pouca ou inexistente interação. O ‘inter’ expressa forte interação e articulação entre as áreas de conhecimento e profissionais. Para exemplificar, é possível ter ações interdisciplinares e uniprofissionais, bem como a interdisciplinaridade se configurar como dispositivo para a interprofissionalidade. São definições importantes, carregadas de intencionalidade, com diferentes desfechos e aprendizagens.”³⁰(p.21)

um mesmo espaço. É fundamental que haja entre eles um processo de interação através de intervenções pedagógicas que tenham objetivo explícito de desenvolver competências colaborativas. Essa intencionalidade de desenvolver competências necessárias a prática colaborativa a partir de métodos que promovam interação constitui, portanto, o aspecto central da EIP. Além disso, o foco no usuário como resultado das iniciativas de EIP deve ser considerado, igualmente, ponto chave, dado que a proposta do trabalho em colaboração compreende que profissionais sejam capazes de articular conhecimentos e habilidades para identificar problemas e demandas que possam afetar a saúde e assim mobilizar todos os recursos disponíveis de modo a ampliar a resolutividade, considerando as necessidades específicas do cliente/família/comunidade²⁵. Para Costa³⁰, a prática colaborativa rompe com a hierarquia histórica existente entre profissionais e pacientes, buscando uma relação horizontal, onde as necessidades de saúde do usuário devem estar na centralidade do processo.

A EIP em sua dimensão de intervenção de aprendizagem está ancorada no modelo baseado em competências colaborativas proposto por Barr⁵⁹. De acordo com o autor, a EIP se compromete com o desenvolvimento de três domínios de competências: específicas ou complementares, comuns e colaborativas. As competências específicas são as que caracterizam a identidade profissional de cada categoria, diferenciando-as das demais profissões e estabelecendo o limite para a prática. Interessante destacar um apontamento feito por Costa³⁰, que diz “o autor [Barr], quando chama as competências específicas também de complementares, evidencia o caráter coletivo do trabalho em saúde para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas”(p.18). As competências comuns dizem respeito às práticas compartilhadas entre todas ou algumas profissões. Práticas que convergem ampliando o horizonte de atuação e podem

configurar sobreposições entre as diferentes áreas. Peduzzi⁵⁵ aponta que cada vez mais são identificadas competências comuns entre as diversas profissões e cita como exemplo o acolhimento no contexto da atenção básica, que configura o acolhimento das demandas do usuário, buscando em conjunto as melhores estratégias de cuidado e atenção e pode e deve ser adotada por todas as categorias. Essa intersecção entre as profissões por vezes gera conflitos onde deveria haver aprendizado e mudanças, o que enfatiza a importância das competências colaborativas, entendidas por Barr⁵⁹ como:

“Dimensões de competência na qual cada profissão precisa colaborar dentro das suas próprias fileiras, com outras profissões, com não profissionais, dentro de organizações, entre organizações, com doentes e os seus prestadores de cuidados, com voluntários e com grupos comunitários.” (p.184)

Para melhor compreensão das competências colaborativas é importante entender do que se trata a competência no contexto profissional. Embora o conceito seja multidimensional e venha sendo aprofundado e ampliado ao longo dos anos, pode-se definir competência como a capacidade de mobilizar, articular e colocar em prática habilidades técnicas, conhecimento, raciocínio, valores e comunicação para o desempenho eficiente e efetivo das atividades no trabalho.⁶⁰

Para Fonseca³¹, a ideia de competência está associada ao desenvolvimento de uma capacidade, seja ela de agir, mobilizar, responder ou solucionar. A competência, analisada sob a perspectiva da formação em saúde pode ser lida como a capacidade de um ser humano de cuidar do outro, acionando conhecimentos, habilidades e valores necessários para prevenir e solucionar problemas de saúde em situações específicas do exercício profissional.⁶⁰

A preocupação em remodelar as práticas obstétricas a partir da formação já ganhou lugar na produção científica internacional, mobilizando o *American College of Nurse-Midwives* e o *American College of Obstetricians* a produzirem o estudo intitulado *Interprofessional Education Between Midwifery Students and Obstetrics and*

*Gynecology Residents: An American College of Nurse-Midwives and American College of Obstetricians and Gynecologists Collaboration.*²⁸.

A pesquisa é vinculada a um estudo mais amplo conduzido por ambas as instituições, publicado em 2016, denominado *Maternity Care Education and Practice Redesign*, que teve entre os objetivos: 1) desenvolver e implementar um currículo de EIP que promova a prática colaborativa entre médicos obstetras e ginecologistas e enfermeiras obstétricas e inclua módulos centrais, atividades baseadas em competências e oportunidades de prática interprofissional; 2) alinhar os requisitos de acreditação e competências educativas relacionadas com EPI para enfermagem obstétrica e medicina em obstetrícia e ginecologia; 3) identificar e resolver barreiras à implementação de EPI no âmbito de programas de especialização de enfermagem obstétrica e médica em obstetrícia e ginecologia.

Os autores ressaltam que embora o projeto ainda esteja em curso, as atividades que vêm sendo realizadas, em parceria com quatro programas de especialização em enfermagem obstétrica e cinco programas de residência médica em ginecologia e obstetrícia, tem demonstrando bons resultados quanto as experiências de EIP, fornecendo base para outras pesquisas, além de permitir a elaboração de materiais sobre o tema que poderão servir como modelo para que outras instituições de ensino possam incorporar a EIP em seu modelo de formação.²⁸

6 MARCO HISTÓRICO NORMATIVO

6.1 Educação interprofissional na formação em saúde no Brasil

A necessidade da formação em saúde de se adequar frente as mudanças no perfil epidemiológico e das novas demandas da população tem sido objeto de discussão e pesquisas no Brasil ao longo das últimas duas décadas constituindo tema das conferências nacionais de saúde e recursos humanos.⁶¹ Em 2001, o MS em articulação com o Ministério da Educação elaboraram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para as profissões de Saúde com o objetivo de instituir um padrão orientador para os projetos político-pedagógicos das instituições de ensino superior no país de acordo com os princípios e diretrizes do SUS⁶². As DCN representaram um marco legal da articulação entre saúde e educação na perspectiva da integralidade e o passo inicial importante para a introdução da EIP.^{62,63}

Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS, que teve por objetivo promover mudanças no processo de formação e qualificação dos profissionais a partir da integralidade, da articulação entre universidades e serviços de saúde e da reformulação do projeto pedagógico dos cursos de saúde com base na DCN⁶¹. Entre as iniciativas que se seguiram podemos destacar duas importantes políticas indutoras na mudança da formação em saúde. Estas políticas surgem como uma nova proposta de reorientação da formação que busca integrar serviço e ensino e tem se mostrado importantes ferramentas para introdução da EIP nos currículos de graduação e pós graduação em saúde no país.^{32,64}

A primeira trata-se do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), iniciado em 2005 contemplando os cursos de medicina, enfermagem e odontologia e ampliado em 2007, passando a abarcar os demais cursos da área da saúde, O objetivo do programa é estabelecer mecanismos de articulação cooperativa entre as universidades e os gestores dos SUS para a ampliação da prática

educacional nos serviços de saúde do setor público, visando a substituição do modelo de formação hospitalar, biomédico e unidisciplinar para um modelo multidisciplinar que preconize a abordagem integral da saúde, considerando os determinantes sociais. A reorientação é focada em três eixos principais: a) a orientação teórica, que deve priorizar os determinantes sociais da saúde, a pesquisa clínico-epidemiológica, as práticas gerenciais e a educação permanente; b) os cenários de prática, que devem priorizar a utilização de processos de aprendizado ativo, a atividade nos serviços de saúde e a ação em comunidades; c) a orientação pedagógica, que deve priorizar a diversificação de conhecimentos, o aprendizado ativo e a importância do trabalho conjunto das equipes multiprofissionais.^{61,64}

A segunda iniciativa, iniciada em 2007, foi o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), impulsionado pelo sucesso do Pró-Saúde. O programa consiste na integração entre ensino, serviço e comunidade a partir de vivências, estágios, iniciação ao trabalho e programas de aperfeiçoamento e especialização. A proposta é que haja a formação de grupos multiprofissionais e interdisciplinares com a intervenção de um tutor acadêmico para atuar em locais estratégicos de abrangência do SUS e o programa contempla não só alunos de graduação mas também de pós graduação e iniciação científica, reforçando a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.^{61,64}

No bojo das experiências de reorientação da formação profissional em saúde, não se pode deixar de mencionar as Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde (RMS), que de acordo com Ceccim⁶⁴, são destinadas a articular ensino e trabalho, saúde e humanidade, gestão da clínica e gestão política através de experiências que integram teoria e prática de diferentes vertentes do conhecimento e diferentes saberes profissionais.⁶⁴ As RMS são espaços privilegiados para a integração entre as profissões,

sendo essa a sua principal estratégia pedagógica. Diferente da graduação, onde mesmo as atividades de vivência prática costumam se limitar a própria categoria, as RMS preveem em seu projeto político-pedagógico “metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas” (p.19) e nesse sentido viabilizam a construção de novos conhecimentos e a transformação de práticas hegemônicas para um novo modelo de formação, atenção e gestão ⁶⁵.

Pesquisa que se propôs a analisar os sentidos produzidos no cotidiano de profissionais de saúde egressos de um programa de residência multiprofissional em saúde da família evidenciou os movimentos produzidos pelo trabalho em equipe multiprofissional. As percepções dos participantes traduzem aspectos da EIP ao reconhecerem o trabalho do outro como fundamental para ampliar os olhares na tentativa de solucionar um problema, o que contempla a integralidade na atenção a saúde. O autor destaca que “esse reconhecimento abrange as dimensões da comunicação e da ética, além de colocar em evidência as conexões e os nexos entre as intervenções de cada profissional, já que é preciso conhecer o trabalho do outro para poder integrá-lo.” ⁶⁵ (p. 23)

Sobre as potencialidades da RMS como espaços inovadores de formação em saúde, Frota⁶⁶ descreve que a inserção e atuação conjunta de estudantes de diferentes categorias profissionais nos campos de prática oportuniza uma melhor integração entre teoria e prática, permite que os alunos conheçam e se apropriem dos princípios e do funcionamento do SUS, considerando as situações reais vivenciadas nos espaços comunitários, além de ser uma excelente forma de compreender que é preciso ir além do saber individualizado de cada profissão para promover a integralidade no cuidado.

Algumas iniciativas de inserção de pedagogias de formação interprofissional já apresentam resultados positivos no âmbito da graduação e da residência

multiprofissional, como na Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista (Unifesp-BS) - que desde 2006 adotou um currículo baseado em competências comuns e específicas, para a formação de alguns cursos de graduação em saúde (psicologia, educação física, serviço social, nutrição, terapia ocupacional). O projeto articula grupos de estudantes dos seis cursos em turmas mescladas que tem a oportunidade de estar juntas em cenários reais de prática, buscando soluções com ênfase na integralidade do cuidado e considerando os múltiplos saberes de cada profissão^{32,34}. O sucesso desta experiência incentivou a criação do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde e o Mestrado em Ciências da Saúde, projetos com a mesma proposta na instituição.³⁴.

6.2 As residências e a formação obstétrica no Brasil

A modalidade de ensino denominada residência surgiu nos Estados Unidos em 1889 com o intuito de complementar a formação médica da época sendo, em 1917, reconhecida pela Associação Médica Americana como curso de pós-graduação *lato sensu*. O termo residência está associada a exigência de que os estudantes morassem nos hospitais. No Brasil, as primeiras residências médicas surgiram na década de 1940 em São Paulo (1944) e posteriormente no Rio de Janeiro (1948) à partir da necessidade de atender as crescentes demandas de saúde geradas pelo processo de desenvolvimento industrial e urbanização que ocorria nas grandes capitais, agravados pelas condições insalubres de vida nessas regiões.⁶⁷

Com a intensificação desse processo, o número de hospitais aumentou e a demanda por profissionais de enfermagem com melhor qualificação também cresceu. Em 1961 foi criada a primeira residência em enfermagem do Brasil, em São Paulo e,

duas décadas após, em 1980 surgiram os programas de residência em nutrição, odontologia e serviço social.⁶⁷

Embora já existisse desde a década de 1940, a residência médica foi regulamentada somente em 1977, pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977⁶⁸, sendo uma modalidade de ensino de pós graduação destinada sob a forma de curso de especialização. Ela é regulada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e o período de duração do curso varia de acordo com o programa de especialização escolhido, devendo ser desenvolvido com 80 a 90% da carga horária sob a forma de treinamento em serviço, destinando-se 10 a 20% para atividades teórico-complementares, que de acordo com a Resolução CNRM Nº 02 /2006, são entendidas como: sessões anátomo-clínicas, discussão de artigos científicos, sessões clínico-radiológicas, sessões clínico-laboratoriais, cursos, palestras e seminários, nas quais devem constar obrigatoriamente, temas relacionados a bioética, ética médica, metodologia científica, epidemiologia e bioestatística.⁶⁹

A residência em enfermagem desenvolveu-se em outro ritmo. Após ser pauta de discussões entre os órgãos representativos da classe (Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem- Cofen/Coren; Associação Brasileira de Enfermagem - Aben), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e representantes de Escolas de Enfermagem, instituições de saúde e de ensino em todo o Brasil, em 2001, foi regulamentada pelo Cofen, através da Resolução nº 259/2001⁷⁰ que definiu a residência em enfermagem como modalidade de pós graduação *lato sensu*, destinada a enfermeiras, caracterizada por desenvolvimento das competências técnico-científicas e éticas, decorrentes do treinamento em serviço.⁷⁰ A resolução define ainda que o registro de especialista na modalidade de residência em enfermagem será concedido aos profissionais enfermeiras, inscritas no Coren, egressas

de programas de residência em enfermagem que atendam aos padrões mínimos estabelecidos na referida resolução.⁶⁷

Em sequência, no ano de 2005 foi promulgada a Lei 11.129/2005⁷¹ que regulamentou a residência em área profissional da saúde e a residência multiprofissional em saúde, definidas como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica, em que a característica central é o ensino em serviço, sob a forma de curso de especialização. Os programas são orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades locais e regionais, devendo ater-se ao regime de dedicação exclusiva, com carga horária mínima de 5.760 horas em no período de dois anos, distribuídas em 60 horas semanais, sendo 80% da carga horária destinada às atividades de prática em serviço e 20% às atividades teóricas. São regulados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e abrangem os cursos de biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.⁷²

O curso de especialização em obstetrícia para enfermeiras teve início em meados dos anos 2000, financiados pelo MEC em todo o país. Naquele momento o governo federal propunha iniciativas para a melhoria da qualidade da assistência obstétrica e perinatal, entre as quais a inserção da enfermeira obstétrica em hospitais e maternidades, sendo urgente o incremento na qualificação destas profissionais.⁷³ Filho e Sousa⁷³ descrevem que os cursos de especialização viabilizaram a formação de mais de 1300 enfermeiras obstétricas entre 1999 e 2004, entretanto, pode-se observar que as profissionais enfrentavam muitas dificuldades na prática, sobretudo relacionadas a assistência ao parto normal e a ocupação de um cenário onde até então apenas médicos

atuavam. Com a criação da Programa Rede Cegonha⁸, em 2011, a enfermagem obstétrica foi reafirmada como categoria estratégica para a mudança no modelo de assistência vigente e percebeu-se ainda mais a necessidade de ampliar o quadro profissional e oferecer uma qualificação que formasse profissionais comprometidas com o fortalecimento ético e político da categoria e engajadas em produzir mudanças significativas no campo que passaram a ocupar.^{67,73} Desse modo, em 2012, o MS em parceria com o MEC criou o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (Pronaef) que aprovou programas de residência em 18 instituições de ensino superior nos estados do Acre, Amazonas, Rondônia, Pará, Piauí, Bahia, Ceará, Sergipe, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul e Minas Gerais. O Pronaenf surgiu para ser uma modalidade de formação voltada para o serviço e que “busca contemplar as recomendações técnico-científicas para a promoção da assistência humanizada, e a formação de profissionais atentas aos direitos à saúde e às necessidades da clientela”⁷⁴(p.02) Jardim⁷⁵ destaca que os programas de residência em enfermagem obstétrica tornaram-se um instrumento essencial e estratégico para a formação de profissionais com a qualidade exigida e conseqüentemente para o alcance das estratégias propostas pela estratégia Rede Cegonha.

Para a categoria médica, a especialização em obstetrícia é oferecida através dos programas de residência médica em ginecologia e obstetrícia devidamente credenciados pela CNRM. Em 2006, através da Resolução CNRM N° 02/2006 a comissão instituiu os requisitos mínimos para os programas de residência no Brasil e quanto a especialidade de ginecologia e obstetrícia, definiu-se que o curso teria acesso direto e duração de três anos. Neste documento também foram especificados os conteúdos mínimos exigidos para os programas, separados por ano do curso. Em 2019 foi aprovada pela CNRM e publicada a Matriz de Competências dos Programas de Residência Médica em

Ginecologia e Obstetrícia⁷⁶, sendo sua aplicação obrigatória a todos os programas do país.

6.3 Documentos que orientam as residências de medicina e enfermagem em obstetrícia

O levantamento dos documentos que orientam a especialização em obstetrícia nos moldes de residência no Brasil foi realizado, no período de janeiro a outubro de 2020, em sites e portais eletrônicos do MS e MEC, dos órgãos reguladores das profissões de Medicina e Enfermagem (CFM e Cofen) e associações de especialidades (Febrasgo e Abenfo). Os documentos que tratam dos programas de residência médica em obstetrícia e enfermagem obstétrica analisados estão no Quadro 1, de acordo com profissão, título, natureza do documento, ano de publicação, órgão responsável e objetivo do documento.

Dentre esses documentos, foram selecionamos como referências para a formulação da matriz de competências propostas por este trabalho, Matriz de Competências do programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (2019)⁷⁷ e Competências Essenciais para o Exercício da Obstetrícia por Obstetizes (2018)⁷⁸.

Quadro 1. Acervo de documentos sobre competências e requisitos para residência médica em obstetrícia e em enfermagem obstétrica.

CATEGORIA	TÍTULO	NATUREZA DO DOCUMENTO	ANO	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	OBJETIVO
MEDICINA	Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977	Decreto presidencial	1977	Governo federal	Regulamenta a residência médica, cria a comissão nacional de residência médica e dá outras providências.
	Resolução CNRM Nº 02/2006, de 17 de maio de 2006	Resolução	2006	CNRM	Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá Outras providências.
	Resolução nº 3, de 8 de abril de 2019	Resolução	2019	Governo Federal/MEC	Dispõe a matriz de competências dos programas de residência médica em Ginecologia e obstetrícia
ENFERMAGEM	Resolução Cofen-259/2001	Resolução	2001	Cofen	Estabelece padrões mínimos para registro de enfermeiro especialista, na modalidade de residência em enfermagem
	Lei 11.129, de 30 de junho de 2005	Lei	2005	Governo Federal	Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde CNRMS.
	Essential Competencies for Midwifery Practice	Matriz de Competências	2018	ICM	Conjunto mínimo de conhecimentos, aptidões e comportamentos profissionais exigidos por um indivíduo para utilizar a designação de enfermeira obstétrica, tal como definida pela ICM Ao entrar na prática da obstetrícia.
	Competências essenciais para o exercício da obstetrícia por obstetrizes	Matriz de competências	2019	ICM	Versão traduzida e adaptada.
	Recomendações sobre a formação em enfermagem obstétrica	Conjunto de recomendações	2013	Comissão de saúde da mulher - Cofen	Propor um conjunto de recomendações para a formação em enfermagem obstétrica
	Resolução Cofen nº 516/2016	Resolução	2016	Cofen	Estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetiz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem

6.3.1 Matriz de competências da residência médica em obstetrícia

Romão e Sá⁷⁹ descrevem que a formação de médicos baseada em competências tem avançado em países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Austrália e Holanda e que este formato de treinamento de profissionais médicos está relacionado a melhor qualidade da assistência e segurança do paciente.

Desde 1º de abril de 2020, os programas de residência médica em ginecologia e obstetrícia, devem obrigatoriamente ser orientados pela Matriz de Competências dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia⁷⁶. Esta matriz foi desenvolvida pela diretoria científica da Febrasgo, baseada em modelos internacionais e nacionais, considerando as especificidades do cenário obstétrico brasileiro, aprovada pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo CNRM e reconhecido pelo MEC. De acordo com a Febrasgo, o objetivo é que o documento se constitua como referência nacional, agregando consistência e coerência aos programas de residência da especialidade⁸⁰.

Conforme a Matriz de Competências dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia⁷⁶ Resolução nº 3 de 8 de Abril—de 2019⁷⁶, a matriz de competências tem por objetivo:

“Formar e habilitar médicos na área da Ginecologia e Obstetrícia, clínica e cirúrgica, com competências que permitam dirimir as situações, os problemas e os dilemas na área da Ginecologia e Obstetrícia e a dominar a realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos da especialidade, assim como avaliar as opções não operatórias e desenvolver um pensamento crítico-reflexivo em relação à literatura médica, tornando-o progressivamente responsável e independente.”(p.01)

A matriz é apresentada em 21 eixos de competências e cada um deles apresenta as competências esperadas do residente ao final de cada ano de formação, sendo estas cumulativas a cada ano concluído. O desenvolvimento das competências ocorre em

ordem hierárquica e crescente de complexidade das ações, ao longo dos períodos da especialização. As competências incluem os componentes cognição, habilidades e atitudes, e os eixos, se repetem a cada ano de formação. Os eixos compreendem as áreas de atuação abrangidas pela especialização em ginecologia e obstetrícia: (1) atenção à saúde e cuidados com a gravidez e suas complicações no período pré-natal; (2) atenção a saúde e cuidados com a gravidez e suas complicações no período intra-parto; (3) atenção a saúde da mulher e cuidados com as complicações no período puerperal; (4) técnicas em procedimentos e cirurgias em obstetrícia; (5) procedimentos e cirurgias em ginecologia (laparotomias); (6) habilidades técnicas em procedimentos e cirurgias em ginecologia (cirurgias vaginais); (7) habilidades técnicas em procedimentos e cirurgias em ginecologia (endoscopia); (8) cuidados perioperatórios; (9) atenção à saúde e cuidados nas desordens do assoalho pélvico (incontinência urinária, fecal e prolapso genitais); (10) atenção à saúde e cuidados na abordagem das massas pélvicas e tumores de ovário; (11) atenção à saúde e cuidados na dor pélvica aguda e crônica; (12) atenção à saúde e cuidados na contracepção e planejamento familiar; (13) atenção à saúde e cuidados no sangramento uterino anormal; (14) infecções em ginecologia e obstetrícia; (15) condições e patologias relacionadas a ginecologia endócrina; (16) atenção a saúde e cuidados no controle do câncer de colo nos níveis primário e secundário; (17) atenção à saúde e cuidados nas patologias mamárias a nível primário e secundário; (18) atenção a saúde e cuidados nas urgências e emergências em ginecologia e obstetrícia; (19) atenção a saúde e cuidados em desordens não originárias do aparelho reprodutor; (20) segurança do paciente em ginecologia e obstetrícia; (21) profissionalismo.

Cabe mencionar que há uma segunda versão dessa matriz de competências proposta pela Febrasgo⁸⁰, contendo modificações importantes, como a redução da quantidade de eixos e a reformulação de competências, de acordo com métodos

validados e reconhecidos pela literatura para sua avaliação específica. A proposta ainda encontra-se sob análise e até o término desta pesquisa não havia sido aprovada.

6.3.2 Matriz de competências da residência de enfermagem obstétrica

Com relação às diretrizes específicas para a especialização em enfermagem obstétrica no Brasil, estas são baseadas nas Competências Essenciais para o Exercício da Obstetrícia (CE)⁸¹, elaboradas pela *International Confederation of Midwives* (ICM), da qual o Brasil é afiliado, adotadas pela ABenfo em 2007, com adequações à realidade brasileira.⁷³ Estas diretrizes são produto de um estudo conduzido pela ICM com o objetivo de identificar quais eram as atividades realizadas pelas enfermeiras obstétricas/*midwives* e assim formular as competências que essas profissionais deveriam aprender para desenvolver sua prática. O primeiro estudo, realizado em 2003 contou com a participação de 22 países representando as Américas, a África, a Europa e a Ásia e permitiu a elaboração das competências comuns a todas as enfermeiras obstétricas em qualquer país. O documento já passou por três atualizações, em 2010, posteriormente em 2013 e a última em 2017, resultando no que a ICM denominou como: “o conjunto mínimo de conhecimentos, aptidões e comportamentos profissionais exigidos por um indivíduo para utilizar a designação de enfermeira obstétrica, ao entrar na prática de obstetrícia.”⁸¹(p.02)

O documento, elaborado com base em evidências científicas e a partir do consenso entre representantes de 88 países que integram a ICM, teve as competências estruturadas em quatro categorias:

- 1) Competências gerais (*general competencies*): dizem respeito as responsabilidades das enfermeiras obstétricas e *midwives* como profissionais de saúde, nas relações com as mulheres assistidas e com os outros profissionais de

saúde. São competências aplicáveis a todos os aspectos de atuação e devem estar presentes em todos os currículos de formação.

- 2) Competências específicas para o cuidado ante natal e pré-natal (*competencies specific to pre-pregnancy and antenatal care*): estão relacionadas ao cuidado oferecido às mulheres durante a gestação, englobando acompanhamento, avaliação e identificação de complicações da mãe e feto, promoção de saúde e bem estar, além de cuidado em casos de gestação indesejada.
- 3) Competências específicas para o cuidado durante o trabalho de parto e parto (*competencies specific to care during labour and birth*): tratam da atenção aos diferentes momentos do trabalho de parto, parto e pós parto, e cuidados imediatos com o recém-nascido, buscando respeitar e facilitar o processo fisiológico do nascimento, além de detectar precocemente complicações com o objetivo de promover um parto seguro.
- 4) Competências específicas para o cuidado contínuo de mulheres e recém-nascidos (*competencies specific to the ongoing care of women and newborns*): envolvem o cuidado contínuo a mulher e ao bebê após o parto, compreendendo avaliação e identificação de complicações, educação em saúde, apoio e incentivo a amamentação e planejamento familiar.⁸¹

Para cada competência são apresentados indicadores sobre conhecimentos, habilidades e comportamentos esperados da profissional para o desenvolvimento da respectiva competência.

Em publicação de 2014 denominada *Conjunto de Ferramentas para o Fortalecimento da Obstetrícia*⁸², o Centro Latino-Americano de Perinatologia (Clap) em articulação com a Opas, OMS E ICM destacou a importância de serem estabelecidos padrões mínimos de formação e prática para a profissão de enfermeira obstétrica não

somente para conferir qualidade mínima a formação destas profissionais mas para que os outros profissionais do campo obstétrico e as usuárias possam compreender sua atuação, para que educadores do campo da saúde saibam que competências precisam ser desenvolvidas durante a formação, e para que gestores e formuladores de políticas possam elaborar decisões com conhecimento do escopo de práticas dessas profissionais. Além disso, a entidade aponta para a competências essenciais como documento de referência internacional, recomendando que qualquer programa de especialização em enfermagem obstétrica, em qualquer país, deva elaborar suas diretrizes curriculares tendo-as como referência e adaptando-as de acordo com as especificidades culturais, geográficas e socioeconômicas de cada país.⁸²

Em 2013 a Comissão de Saúde da Mulher do Cofen reuniu-se em oficina para a elaboração de recomendações sobre a formação em enfermagem obstétrica. As recomendações formuladas foram categorizadas em três grandes temas: a) modelos assistenciais e sua relação com a formação; b) conteúdo programático e sua interface nas dimensões teóricas, teórico práticas e práticas; c) marcos regulatórios para o exercício profissional da enfermagem obstétrica e sua relação com a formação. Além de sugerir que a formação das enfermeiras obstétricas deva ser desenvolvida baseando-se em evidências científicas, incentivando a articulação entre ensino, pesquisa e extensão, e de acordo com os princípios de diretrizes do SUS e diretrizes do MS, observando o disposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as legislações específicas do Cofen/Coren, destacam três recomendações. A primeira diz respeito a pós graduação *lato senso*, referindo que esta deve ser realizada em “cursos presenciais, com denominação única de ‘enfermagem obstétrica’, com carga horária mínima de 600 horas, em até 18 meses, compreendendo 1/3 desta carga horária destinados a conteúdos teóricos e 2/3 destinados a experiências clínicas no serviço de saúde”(p.03). A segunda

descreve que a elaboração de projetos de curso de especialização em enfermagem obstétrica deve cumprir os critérios propostos pela Abenfo. E por fim, a terceira recomendação complementa a anterior ao propor realização de nova oficina para discutir e ampliar as recomendações da Abenfo “[...]não apenas para os critérios de formação, mas também para a elaboração de diretrizes para os conteúdos curriculares” (p.03)⁸³.

Importante mencionar que em 2016, o Cofen instituiu por meio da Resolução nº 516/2016⁸⁴, os requisitos mínimos para a obtenção do título de especialista em enfermagem obstétrica que são: realização de no mínimo, 15 (quinze) consultas de enfermagem pré-natais; realização de no mínimo, 20 (vinte) partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto; realização de no mínimo, 15 (quinze) atendimentos ao recém-nascido na sala de parto.

7. MÉTODO

O projeto caracteriza-se como uma pesquisa participativa⁸⁵, baseada na triangulação de métodos^{86,87}.

A pesquisa participativa distingue-se pela interação entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos, sendo frequentemente aplicada em contextos onde se faz necessário o levantamento de problemas, a análise e a proposição de soluções para demandas de um grupo específico. Prioriza-se a comunicação de forma horizontal como método de produção de dados e todos os envolvidos, participantes e pesquisadores são reconhecidos como detentores de conhecimento e potenciais colaboradores para o estudo.⁸⁵

A triangulação de métodos ou abordagem mista pode ser utilizada em diferentes dimensões do processo de pesquisa, permitindo, no momento da coleta dos dados, que o

pesquisador possa articular mais de uma técnica de modo a ampliar a problematização acerca do objeto. No processo de análise, os dados coletados por triangulação podem ser interpretados através de abordagem qualitativa e quantitativa e apresentados de forma integrada ampliando a combinação entre diferentes pontos de vista.^{86,88-90}

Essa pesquisa foi realizada empregando duas abordagens metodológicas que caracterizaram duas fases da pesquisa. A primeira consistiu na análise documental⁹¹ de textos normativos sobre as diretrizes que compõem o currículo de formação nos moldes de residência em obstetrícia para medicina e enfermagem. O objetivo foi identificar as competências descritas no acervo de normativas dessas categorias profissionais com vistas a discriminar as competências comuns e as complementares para a formação interprofissional de residentes de medicina em obstetrícia e enfermagem obstétrica para a atenção ao parto e nascimento, assim como produzir subsídios para a formulação do material que foi utilizado como roteiro na segunda fase do estudo.

A segunda abordagem consistiu em consultas a especialistas⁹² sobre quais seriam as competências comuns e complementares de cada categoria profissional, de acordo com o que está previsto em documentos normativos. Além de identificar e classificar tais competências, a discussão buscou desenvolver um conjunto de competências colaborativas desejáveis a residentes de medicina e enfermagem da especialidade obstétrica e explorar estratégias pedagógicas para o desenvolvimento destas competências no período de formação.

A definição de “especialista” nesse estudo pressupõe, numa perspectiva ampliada, pessoas que tenham *expertise* acadêmica e/ou profissional sobre o tema abordado e não necessariamente um alto grau de especialização, “elencando sob esse rótulo as pessoas, que tem alguma forma de contato com a situação de interesse da investigação.”(p.187)⁹² Para compor os grupos de especialistas deste estudo, definimos cinco perfis de profissionais que estão envolvidos com o processo de formação de residentes em obstetrícia em diferentes momentos.

Figura 1 Perfis de Especialistas



Para a composição dos grupos, a busca de participantes baseou-se no contato inicial com profissionais que exercessem certa influência no campo em que atuam e fossem capazes de indicar outros possíveis participantes de acordo com os perfis pré-definidos e assim sucessivamente. Este tipo de técnica de amostragem é denominada bola de neve e consiste em uma cadeia de referências com base na rede de contatos dos membros já existentes na amostra.^{93,94}

As consultas aos grupos deram-se a partir da técnica de grupo focal⁹⁵ que, mais do que somente uma entrevista em grupo, busca promover a interação entre os participantes, de modo a induzir discussões, questionamentos e reflexões acerca do tema em questão, além de permitir ao pesquisador apreender as múltiplas formas de comunicação entre os membros do grupos, o que frequentemente amplia a dimensão de compreensão do conteúdo e que não seria possível através de métodos que envolvem perguntas e respostas diretas e individuais. Nesta técnica de coleta de dados, a unidade de análise é o grupo como um todo e o conteúdo resultante de tensões, negociações, pontos de convergência e divergência entre os participantes.

A análise do material resultante das reuniões foi realizada sob a perspectiva qualitativa⁹⁶ utilizando o processo de inferência e interpretação de sentidos⁹⁷ baseado em princípios hermenêutico-dialéticos.⁹⁶

Para Gomes⁹⁶, o tratamento qualitativo dos dados tem a interpretação como aspecto central, dado que busca a compreensão do conjunto de opiniões e representações sociais através das falas, ações e relações de um grupo para além do que está descrito nos textos, considerando que as práticas são resultado do que foi vivenciado na realidade cotidiana, em um determinado contexto social e cultural. Segundo o autor, a interpretação de sentidos como base teórica conceitual, aprofunda a dimensão compreensiva, caminhando além dos conteúdos de texto, na direção de seus contextos, estabelecendo um confronto entre subjetividade e posicionamentos de grupos, falas e ações, cognição e sentimento, entre outros aspectos.

Ao abordarem interpretação, Ferreira e Dias⁹⁷ reconhecem que interpretar implica atribuir sentido e significado⁷ ao que é lido a partir da relação do leitor com o seu

⁷ “Sentido e significado têm sido tomados como termos diferenciados, mas relacionados. Sentido tem sido concebido como algo pertencente ao universo pessoal do indivíduo, mas compartilhado dentro do contexto de interação; enquanto significado tem sido compreendido como algo culturalmente compartilhado.” ⁹⁷(p. 440)

universo e com a intencionalidade do autor, sendo esse processo cognitivo de compreender e formar coerência realizado através do processo inferencial.

“É este processo que vai permitir e garantir a organização dos sentidos elaborados pelo indivíduo na sua relação com o texto. É a partir dele que o estabelecimento da relação entre as partes do texto e entre estas e o contexto torna-se possível, fazendo dele uma unidade aberta de sentido. É lançando mão desse conhecimento (linguístico e de mundo) que o leitor poderá garantir uma compreensão para além dos elementos superficiais do texto, negociando com o autor os significados plausíveis e permitidos.”⁹⁷(p.441)

A inferência é destacada por Gomes⁹⁶ como um dos procedimentos metodológicos da análise de conteúdo a partir da perspectiva qualitativa empregado com o objetivo de “articular a superfície do material a ser analisado com os fatores que determinaram as suas características”⁹⁶(p.89), sendo necessário para isso: conhecer o contexto no qual o material foi produzido; e partir de premissas já aceitas e reconhecidas no universo do assunto que está sendo abordado. Portanto, o processo de análise dos dados obtidos neste estudo parte da prerrogativa de que a pesquisadora tenha contato com as diversas formas de comunicação que resultarão no material a ser analisado, o que será permitido através da participação nos espaços de discussão. Também é essencial que a interpretação dialogue com os estudos já existentes acerca do tema, estando ancorada em uma fundamentação teórica consistente.

Finalmente, em uma abordagem qualitativa dos dados, o pesquisador deve considerar tanto os pontos de convergência quanto o que se diferencia. Para tanto, associar as perspectivas da hermenêutica (compreensão) e da dialética (crítica) é fundamental para identificar o arcabouço de sentidos e significados consensuais do que nos propomos a interpretar, fazendo um contraponto crítico quanto aos dissensos apresentados.⁹⁶

O tratamento dos dados obtidos foi realizado de modo horizontal com cada um dos grupos, obtendo assim a interpretação do grupo como unidade de análise e

posteriormente esses dados sistematizados serão interseccionados de modo a produzir um diálogo de caráter argumentativo entre os diferentes grupos, permitindo ao final da análise dos dados, elaborar uma matriz lógica de competências.

7.1 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueiras (IFF/FIOCRUZ), sob o número CAAE 40765220.3.0000.5269, e foi elaborado conforme os preceitos da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e demais normas e diretrizes para pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes tiveram participação voluntária e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes de participarem do estudo (Apêndice 1).

Na fase de consultas a especialistas através de grupos focais, por serem os encontros virtuais realizados através de plataforma de videoconferência, não foi possível o anonimato, sendo este fato informado previamente aos participantes e estando explícito no TCLE. Porém, os participantes puderam, mesmo após terem consentido, retirar-se do estudo a qualquer momento caso viessem a sentir-se desconfortáveis por quaisquer razões, sendo garantida a retirada de trechos em que o mesmo tenha se manifestado no encontro do conteúdo da dissertação e de possíveis publicações científicas. Na fase de consulta por meio de formulário digital foi garantida a confidencialidade dos participantes.

Todo o material produzido por meio de gravação dos encontros e respostas dos formulários foram utilizados somente para fins da pesquisa, não sendo permitida sua reprodução por outros meios digitais ou o uso da imagem das participantes.

Ressaltamos que os possíveis riscos associados a pesquisa foram relacionados a necessidade de reflexão do participante acerca do seu processo de trabalho e das relações interprofissionais, o que poderia gerar algum grau de ansiedade. Com o intuito de apoiar os participantes nessa situação, as pesquisadoras colocam-se a disposição durante as fases do estudo e na divulgação dos resultados para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

8. DESENVOLVIMENTO DO CAMPO

8.1 Classificação e elaboração de competências

Em nenhum dos dois textos é adotada a classificação segundo o modelo proposto por Barr¹⁴, que propõe a denominação de competências comuns, complementares e colaborativas. Após a identificação das competências técnicas sobre trabalho de parto, parto e nascimento, apresentadas nos documentos base, foi elaborado um documento síntese classificando-as em comuns e complementares (Apêndice 2). Os critérios utilizados para a classificação foram: a) as competências que se repetem nos dois documentos base, ainda que escritas de forma diferente, mas cujo conteúdo fosse análogo, foram classificadas como competências comuns; b) as competências que constam em apenas um dos documentos base receberam a classificação de complementares, ou específicas de cada uma das categorias.

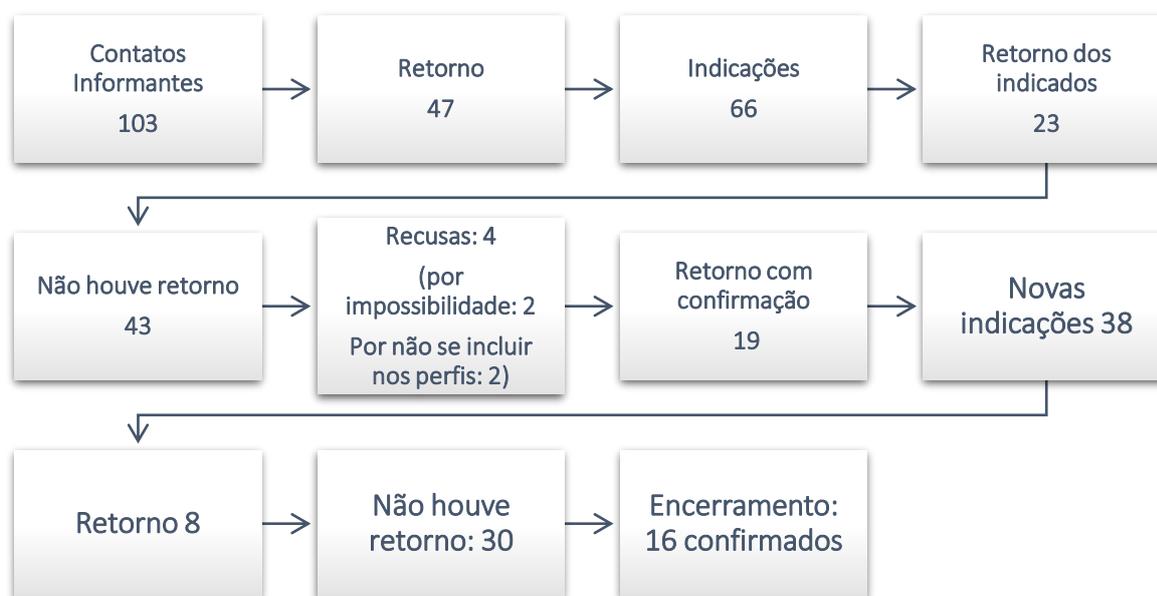
A versão preliminar da Matriz de competências colaborativas foi formulada pela pesquisadora, tendo como parâmetro os marcos teóricos conceituais do estudo. Esse conjunto de competências foi agrupado em cinco eixos: a) clareza de papéis de responsabilidades; b) cuidado centrado na mulher, no recém-nascido e na família; c) comunicação e transição de cuidados; d) liderança colaborativa e resolução de conflitos; e) princípios da colaboração interprofissional (Apêndice 3). Os dois documentos base

contem competências que tratam das relações com outros profissionais e com as mulheres, e foram reescritas com vistas a serem classificadas como competências colaborativas.

8.2 Processo de captação dos participantes

A etapa inicial de identificação das especialistas a serem convidadas para participar da pesquisa teve início em fevereiro de 2021, com o mapeamento de contatos através das redes de relações profissionais da pesquisadora e sua orientadora. Inicialmente foram identificados 103 informantes estratégicos nas cinco macrorregiões brasileiras, tendo sido feito contato telefônico e por mensagens de e-mail e/ou Whatsapp, apresentando a pesquisa e solicitando indicações de profissionais, de acordo com os perfis definidos previamente no projeto. Foi obtido retorno de 47 desses contatos, resultando em uma lista de 66 nomes indicados, distribuídos em sete estados. A etapa que se seguiu, consistiu em realizar o contato com cada um deles, apresentando a proposta da pesquisa, convidando a participar e solicitando novas indicações de suas redes de relações profissionais. Responderam a esse convite, 23 pessoas, tendo quatro deles recusado o convite e 19 demonstrado interesse em participar. Numa nova rodada por novas indicações, sete nomes foram indicados, dos quais dois responderam positivamente ao convite. Ao final deste processo contabilizamos 21 possíveis participantes. Diante das dificuldades encontradas, foram necessárias adaptações na composição dos grupos e se decidiu por realizar, não os cinco grupos distintos por perfis, mas dois grupos onde estes pudessem ser mesclados.

Figura 2 Processo de captação de participantes: fevereiro a agosto de 2021



Observou-se pouco retorno de profissionais médicos e residentes das duas categorias. No segundo momento de captação de participantes, havia oito profissionais médicos convidados a participar e indicar outros profissionais, em especial residentes. Obtivemos retorno dos oito e indicação de 30 novos nomes, em sua maioria residentes de medicina em obstetrícia e ginecologia. Destes, nenhum respondeu ao convite. O processo de captação foi encerrado em agosto de 2021 com 16 profissionais que confirmaram presença nos grupos e receberam o formulário das competências.

8.3 Perfil dos Participantes

Entre os 16 profissionais que confirmaram presença nos grupos e receberam o formulário das competências. Destes, 68,8% (onze) pertencem a categoria de enfermagem e 31,3% (cinco) pertencem a categoria médica. Quanto aos perfis definidos para a pesquisa, 66,7% (10) são professores de disciplinas teóricas das residências em obstetrícia (perfil 1); 46,7% (sete) são preceptores de residentes em campo de prática

obstétrica (perfil 2); 13,4% (dois) são gestores de unidades assistenciais que são campo de residentes em obstetrícia (perfil 3); 66,7% (10) são profissionais com formação em obstetrícia que atuam diretamente na assistência (perfil 4). Houve predominância de participantes do Rio de Janeiro, totalizando 11 profissionais (68,9%), seguido de Pernambuco com dois participantes (12,5%); e São Paulo, Minas Gerais e Paraná, que tiveram um participante cada, totalizando 18,9%.

8.4 Consulta aos Especialistas

As versões preliminares das competências (Apêndice 1 e 2) foram configuradas em formulário online (*Google Forms*)⁸ enviado aos especialistas que aceitaram participar do grupo como atividade preparatória. O instrumento foi composto de perguntas abertas e fechadas, dividido em três seções. A primeira teve o objetivo de identificar mais informações sobre o perfil dos participantes. A segunda seção apresentou as competências técnicas classificadas em comuns e complementares, sobre as quais foi perguntado se o especialista concordava ou discordava da classificação atribuída, havendo também campo aberto para comentários, observações e sugestões. Na terceira seção, foi apresentada versão preliminar da Matriz de competências colaborativas indagando uma a uma sobre a clareza (avaliar se a frase foi escrita de forma clara e compreensível a todos os profissionais); a concordância (avaliar se a competência está voltada para o desenvolvimento do trabalho colaborativo); e a relevância (avaliar a importância da competência e se é coerente com os objetivos da pesquisa). Havia também campos abertos para sugestões sobre possíveis modificações no texto.

Os especialistas receberam por email, juntamente com o link do formulário, uma síntese do projeto, que teve por objetivo apresentar novamente a pesquisa e elucidar

⁸Endereço para acesso ao formulário:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScrrPZsnfFZS35UkpvA4EylqvAqhnKhLCih4JQ-shw_0vnESQ/viewform?usp=pp_url

conceitos centrais referentes ao tema abordado, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1), estando a participação na pesquisa condicionada a sua aceitação expressa no documento.

8.5 Dinâmica dos Grupos Focais

Os participantes foram divididos em dois grupos e reuniram-se em dias distintos, de acordo com a disponibilidade informada por cada um. Os encontros ocorrem pela plataforma Zoom e tiveram duração de duas horas e quatro minutos e duas horas e quarenta e dois minutos, respectivamente. O primeiro grupo foi composto por cinco participantes, todas enfermeiras, e o segundo contou com a presença de seis especialistas, três da categoria médica e três da categoria de enfermagem, sendo um médico e um enfermeiro, professores universitários. No total, foram 11 participantes, entre os 16 que confirmaram participação. Este número foi dado como satisfatório, considerando a possibilidade de perda de participantes, que já era previsto pela técnica adotada, pelos desafios na etapa de cooptação, pelo material oriundo da consulta online preparatória e pelo construído nos encontros.

Os grupos foram conduzidos pela pesquisadora, com a presença da orientadora, na condição de observadora, e contaram com uma terceira pessoa que ficou responsável por oferecer suporte na organização logística e quanto a tecnologia do ambiente virtual.

O roteiro e o material visual construídos para condução da dinâmica dos encontros se basearam na literatura que compõe o marco teórico conceitual e na análise das respostas do formulário enviado previamente aos participantes (Apêndice 4). Como primeira atividade, foi proposto que os participantes fizessem uma breve apresentação pessoal. Em seguida, foram apresentados o objeto e objetivos da pesquisa e alguns conceitos que compõem o referencial teórico e cujo entendimento julgou-se necessário

para a proposta do trabalho. Após esse momento, a dinâmica foi dividida em duas etapas. A primeira consistiu em um momento de reflexão e discussão sobre trabalho colaborativo, a partir de trechos da literatura associados a exercícios guiados por perguntas abertas, que provocaram o debate sobre conceitos que estruturam a prática colaborativa.

Na segunda etapa, os participantes foram convidados a debruçarem-se novamente sobre as competências colaborativas. Inicialmente foi solicitado que, através de um novo formulário, compartilhado no momento do encontro através do chat da sala virtual, eles reavaliassem as competências colaborativas uma a uma, e respondessem se acreditavam que aquela competência proposta se configurava como colaborativa. Os participantes dispuseram de 15 a 20 minutos para esta tarefa. Em seguida, foram apresentados os cinco eixos que agrupavam essas competências e foi solicitado que cada um elegesse um deles como fundamental para a formação dos residentes, justificando a escolha verbalmente. No final do encontro, foi destinado um tempo para considerações finais de cada participantes e *feedback* sobre a dinâmica.

Os encontros foram gravados e, após a transcrição dos áudios, foi realizada a análise e sistematização do texto resultante. A partir dessa etapa de análise, o conteúdo produzido foi categorizado em núcleos de sentidos e temáticas emergentes.

9. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Capítulo 1 - A intersecção da prática: competências comuns e complementares

Ao serem convidados a analisar as competências técnicas comuns e complementares de cada categoria, através do instrumento *online*, os participantes, de um modo geral, demonstraram desconhecimento das atribuições de cada categoria e também dúvida quanto a classificação proposta para algumas das competências.

A formulação das competências médicas, que ora apresentam conceito de conhecimento de uma técnica, ora definem a execução desta, foi possivelmente um dos pontos de discordância. Na matriz de competências do documento base da categoria médica, o conhecimento é desenvolvido de modo hierarquizado, em ordem crescente de complexidade ao longo dos anos da formação. Um exemplo são as competências que tratam do uso de instrumentalização no parto: “Demonstrar conhecimento sobre as indicações e contra-indicações da instrumentalização do parto (fórcipe e vácuo)”; “Dominar a realização de partos instrumentalizados (fórcipe e vácuo)” e “Dominar a realização dos partos instrumentalizados de maior complexidade como fórcipe de rotação (Kielland)”. Enquanto a primeira competência, que trata apenas de demonstrar conhecimento, será desenvolvida durante o primeiro ano da residência, somente no segundo e terceiro ano o aluno deverá ter desenvolvido a capacidade de executar a técnica.

Esta fragmentação não ocorre no documento base que trata das competências da enfermagem obstétrica, de modo que todas as competências são desenvolvidas de forma integrada durante os dois anos da formação, embora os conceitos de demonstrar conhecimento e executar também estejam presentes, porém não de forma dissociada, mas de forma interdependente. A exemplo, as competências que tratam do terceiro estágio do trabalho de parto, em que é esperado que o aluno deva ter conhecimento

sobre “Sinais de dequitação placentária: aparência da placenta normal, membranas e cordão umbilical” para desenvolver a habilidade de “Dequitar placenta e membranas e inspecionar integridade”. Essa diferenciação entre a formulação no documento sobre “demonstrar conhecimento” e, efetivamente, executar uma técnica, gerou dúvidas refletidas nas respostas dos participantes. Em relação à compartimentalização de saberes, Lima et al⁹⁸, ao teorizar Morin⁹⁹ destaca que o nosso modo de produzir conhecimento e de ensinar nos levou a “[...] separar os objetos do seu meio, as disciplinas umas das outras, e a não reunir aquilo que faz parte do mesmo tecido”, compreendendo o mundo como “[...] fragmentos desconjuntados” (p.14).

Quanto a competência relacionada ao conhecimento sobre o uso de instrumentalização citada acima, metade dos participantes concordaram ser uma competência específica da categoria médica, enquanto a outra metade acreditava ser uma competência comum entre as duas categorias. Embora a instrumentalização do parto não apareça entre as competências da categoria de enfermagem, metade dos profissionais acredita que as enfermeiras obstétricas devem demonstrar conhecimento sobre as indicações e contra-indicações (Tabela 3). O mesmo padrão se repetiu com outras competências: “Dominar os diagnósticos das principais urgências em ginecologia e obstetrícia” e “Dominar a assistência em complicações intra-parto como sofrimento fetal agudo, prolapso de cordão e descolamento prematuro da placenta” e revela não somente o desconhecimento do escopo de prática das categorias pelos profissionais, mas a ideia estereotipada descrita por King et al¹⁰⁰, de que a enfermagem precisa conhecer minimamente as atribuições da categoria médica, remetendo a questão da hierarquia entre as duas categorias.

Outro aspecto de discordância entre os participantes foi quanto as competências relacionadas a assistência humanizada ao trabalho de parto e parto de risco habitual, que

os participantes acreditaram ser comuns as duas categorias e não complementares ou específicas da enfermagem obstétrica, reiterando que os aspectos priorizados pelo modelo humanizado devem ser compartilhados entre todos os envolvidos na assistência ao parto e nascimento: “Fornecer alimentação e líquidos”, “Assegurar ambiente limpo, presença de materiais necessários e limpos e fonte de calor” e “Oferecer e apoiar a parturiente no uso de estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto, por exemplo: controle de respiração, imersão em água, relaxamento, massagem e métodos farmacológicos quando necessário”. (Tabela 2) Tais competências não estão descritas no documento que orienta sobre as competências da categoria médica, a despeito de tais práticas serem recomendadas pela OMS com base em evidências científicas¹⁰¹. Entre as explicações para isso, considera-se o fato de a especialização em ginecologia e obstetrícia ser predominantemente voltada para o evento cirúrgico e não para a assistência ao parto vaginal. Ao realizar um estudo de caso com residentes de medicina, cujo objetivo era descrever as características do médico ginecologista e obstetra, de acordo com as narrativas dos mesmos, Gilbert¹⁰² evidenciou que a escolha desta especialidade é guiada por características pessoais de profissionais que desde a graduação percebem maior afinidade com a prática cirúrgica e influenciada por estereótipos profissionais compartilhados socialmente. Para os entrevistados, a predominância do perfil cirúrgico sobre o clínico é reconhecida como inerente a esta especialização. Este achado, associado a elevada carga horária destinada a prática cirúrgica que compõe os programas¹⁰³, pode indicar que os residentes médicos não estão sendo adequadamente qualificados para prestar assistência ao parto de risco habitual dentro do que recomendam as políticas de humanização. Além disto, esta crença de que funções que não envolvam intervenção e condutas de menor complexidade não são de competência do profissional médico, e sim da enfermagem, também figura na percepção

das enfermeiras obstétricas conforme observado por Quinlivan¹⁰⁴ et al e reforça a problemática decorrente do desconhecimento do escopo de prática entre as categorias.

Outro elemento que causou incerteza nos participantes sobre a classificação das competências foram as que dizem respeito aos cuidados com o recém-nascido (Tabela 2). A enfermeira obstétrica está habilitada a prestar assistência em todos os períodos do parto de forma autônoma e, inclusive, em ambiente extra-hospitalar, e deve ser capaz de realizar o acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido sob seus cuidados da internação até a alta.¹⁰⁵ Desse modo, entre as competências desenvolvidas durante a formação destas profissionais, incluem-se as que asseguram os cuidados ao recém-nascido, que vão desde avaliar as condições de vitalidade imediata até realizar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, se necessário. Estas competências não estão presentes na formação dos médicos obstetras, no entanto, participantes acreditaram que elas devem ser comuns as duas categorias, ou mesmo da equipe multiprofissional. Embora no ambiente hospitalar o médico neonatologista e a enfermeira obstétrica ou neonatologista sejam os profissionais preferencialmente indicados para prestar assistência ao recém-nascido¹⁰⁶, no momento imediato após o período expulsivo, é o profissional que prestou assistência ao parto que terá o primeiro contato com o recém-nascido e, portanto espera-se que seja capaz de avaliar minimamente as condições de vitalidade do neonato. Saber fazer esta avaliação, de acordo com protocolos e escores validados, é fundamental para definir a conduta seguinte, que pode ser a adoção de manobras para reestabelecer a vitalidade, ou intervenções para auxiliar a transição extra-uterina, caso julguem ser necessárias, ou somente mantê-lo aquecido, em contato pele-a-pele com a mãe pelo maior tempo possível, conforme recomenda-se para a maioria dos bebês saudáveis. Vale lembrar que, conforme as diretrizes nacionais da Conitec para

assistência ao parto normal¹⁰⁶, “todos os profissionais que prestam cuidados diretos no nascimento devem ser treinados em reanimação neonatal” (p.34).

Todas estas divergências acerca da classificação das competências entre comuns e complementares observadas nas respostas dos participantes, refletem para a necessidade de se discutir sobre definição e clareza de papéis de cada categoria profissional dentro da equipe de assistência ao parto e entender como o conhecimento do escopo de pratica de sua categoria e de outras categorias influencia no processo colaborativo. Em um cenário em que o saber formal é compartilhado, entre duas ou mais profissões, estabelecer pontos de intersecção é mais um dos esforços para o sucesso de uma prática colaborativa. Para Quinlivan et al¹⁰⁴, determinar quais aspectos do cuidado intraparto podem ser realizados como um esforço cooperativo, entre profissionais médicos e de enfermagem obstétrica, é estratégico para promover a integração entre currículos durante a especialização destes profissionais. O autor sugere ainda que os próprios alunos, em um exercício conjunto, possam identificar as ações compartilhadas em seus currículos e assim definir objetivos de aprendizagem comuns.

Tabela 1 Opinião dos participantes sobre a classificação da competências em comuns, segundo a Classificação de Barr⁵⁹

Competências para o parto e nascimento comuns as categorias médica obstétrica e de enfermagem obstétrica	Sim n=16 (%)	Não n=16 (%)
Demonstrar conhecimento sobre anatomia do assoalho pélvico, pelve, períneo, órgãos reprodutores femininos e bacia obstétrica.	16 (100)	0 (0)
Demonstrar conhecimento sobre mecanismos fisiológicos de desencadeamento e progressão do trabalho de parto	16 (100)	0 (0)
Identificar o início e as etapas clínicas do trabalho de parto	16 (100)	0 (0)
Demonstrar conhecimento sobre rotinas e diretrizes de assistência ao cuidado intraparto baseadas em evidências científicas	16 (100)	0 (0)
Realizar e interpretar exame físico da gestante e de posicionamento fetal.	16 (100)	0 (0)
Solicitar e interpretar exames laboratoriais, se necessário.	16 (100)	0 (0)
Realizar e interpretar métodos de monitorização da vitalidade fetal anteparto e intraparto	16 (100)	0 (0)
Preencher adequadamente gráfico de avaliação de progressão do trabalho de parto (partograma) e identificar fatores impeditivos de progressão do trabalho de parto	16 (100)	0 (0)
Usar gráfico de progressão de trabalho de parto para registrar achados e ajudar na detecção de complicações, como em casos de parto protraído (progresso lento do trabalho de parto), comprometimento fetal, exaustão materna, hipertensão e/ ou infecção.	16 (100)	0 (0)
Avaliar parâmetros de bem-estar materno e fetal	16 (100)	0 (0)
Dominar a realização do toque vaginal para avaliação da bacia óssea, variedade de apresentação e dilatação cervical.	15(93,8)	1(6,3)
Identificar e manejar evolução eutócica e distócica do trabalho de parto.	15(93,8)	1(6,3)

Dominar a realização das manobras de assistência ao parto vaginal espontâneo.	16 (100)	0 (0)
Fornecer assistência individualizada, respeitosa, com informação, suporte, encorajamento à mulher e à sua rede de apoio ao longo do trabalho de parto e parto	16 (100)	0 (0)
Encorajar liberdade de movimentos e posições verticais	16 (100)	0 (0)
Avaliar respostas físicas e comportamentais da mulher ao trabalho de parto	16 (100)	0 (0)
Evitar e prevenir intervenções de rotina desnecessárias como amniotomia, monitoramento fetal eletrônico, puxo dirigido com fechamento da glote e episiotomia	16 (100)	0 (0)
Demonstrar conhecimento sobre a IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) e sobre a importância das estratégias para o sucesso do aleitamento materno exclusivo, como contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora de vida (ainda na sala de parto).	16 (100)	0 (0)
Avaliar a assistência nas complicações do pós-parto imediato como lacerações do trajeto.	16 (100)	0 (0)
Avaliar as indicações para interconsulta e/ou abordagem multidisciplinar	16 (100)	0 (0)
Encorajar trabalho de parto e parto fisiológicos	16 (100)	0 (0)
Avaliar contratilidade uterina judiciosamente usando agentes farmacológicos e não-farmacológicos para prevenir trabalho de parto sem progressão	16 (100)	0 (0)
Avaliar possíveis complicações potenciais e tratamentos imediatos, tais como distócia de ombro, sangramento excessivo, comprometimento fetal, eclampsia e placenta retida.	16 (100)	0 (0)
Obter histórico médico e obstétrico relevantes.	16 (100)	0 (0)

Tabela 2 Opinião dos participantes sobre a classificação da competências em complementares ou específicas da categoria de enfermagem obstétrica, segundo a Classificação de Barr⁵⁹

Competências para o parto e nascimento específicas das categoria de enfermagem obstétrica	Sim n=16 (%)	Não n=16 (%)
Fornecer alimentação e líquidos a mulher	7 (43,8)	9 (56,3)
Assegurar ambiente limpo, presença de materiais necessários e limpos e fonte de calor.	8 (50)	8 (50)
Oferecer e apoiar a parturiente no uso de estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto, por exemplo: controle de respiração, imersão em água, relaxamento, massagem e, métodos farmacológicos quando necessário	6 (37,5)	10 (62,5)
Avaliar condição imediata do recém-nascido	3 (18,8)	13 (81,3)
Prover cuidado ao recém-nascido imediatamente após o parto	5 (31,3)	11 (68,8)
Conhecer sistemas de escore para avaliação do recém-nascido	3 (18,8)	13 (81,3)
Identificar sinais que indicam imediata necessidade de ação para auxílio à transição do recém-nascido.	4 (25)	12 (75)
Intervir para estabelecer respiração e circulação sanguínea do recém-nascido, de acordo com programas de treinamento, quando necessário.	4 (25)	12 (75)
Conhecer aparência e comportamento do recém-nascido saudável	4 (25)	12 (75)
Dominar método de avaliação de idade gestacional do recém-nascido (método Capurro).	3 (18,8)	13 (81,3)
Conhecer necessidades dos recém-nascidos pequenos para idade gestacional e de baixo-peso.	3 (18,8)	13 (81,3)

Tabela 3 Opinião dos participantes sobre a classificação da competências em complementares ou específicas da categoria médica obstétrica, segundo a Classificação de Barr⁵⁹

Competências para o parto e nascimento específicas das categoria médica obstétrica	Sim n=16 (%)	Não n=16 (%)
Analisar e implementar as primeiras medidas nas complicações durante o parto	1(6,3)	15 (93,8)
Demonstrar conhecimento sobre as indicações e contra-indicações da instrumentalização do parto (fórcipe e vácuo)	8 (50)	8 (50)
Dominar a realização de parto cesárea de urgência	16 (100)	0 (0)
Dominar os diagnósticos das principais urgências em ginecologia e obstetrícia	8 (50)	8 (50)
Dominar a realização do acompanhamento e assistência ao trabalho de parto e parto de alto risco	12 (75)	4 (25)
Dominar a assistência em complicações intra-parto como sofrimento fetal agudo, prolapso de cordão e descolamento prematuro da placenta.	11 (68,8)	5 (31,3)
Dominar a realização de partos instrumentalizados (fórcipe e vácuo)	16 (100)	0 (0)
Dominar a realização do tratamento cirúrgico da hemorragia pós-parto (Técnica de B-LINCH, histerectomia puerperal)	16 (100)	0 (0)
Dominar o diagnóstico e tratamento das urgências e emergências de maior complexidade a nível hospitalar: prolapso de cordão, descolamento e/ou acretismo placentário, ruptura uterina, e sangramento puerperal refratário ao tratamento inicial.	15 (93,8)	1(6,3)
Avaliar e reparar as perfurações ou ruptura uterina, lacerações vesicais e lacerações perineais de 3ª e 4ª graus.	15 (93,8)	1(6,3)
Dominar os diagnóstico das principais urgências em ginecologia e obstetrícia: emergências hipertensivas, eminência de eclampsia, eclampsia, sangramento obstétrico da primeira e segunda metade da gestação, choque, parada cardiorrespiratória, abdome agudo de origem infecciosa e hemorrágica, sepse, prolapso de cordão, descolamento placentário, sofrimento fetal agudo, ruptura uterina, distócias, sangramento puerperal, depressão e psicose puerperal, distúrbios endocrinológicos agudos (cetoacidose, hipoglicemia grave, crise tireotóxica)	8 (50)	8 (50)

Capítulo 2 - As competências colaborativas para a formação interprofissional

Os dados oriundos do formulário submetido aos participantes, articulado aos conteúdos que emergiram da análise dos grupos, forneceram subsídio para a reformulação da Matriz de competências colaborativas (Quadro 2).

No processo de reformulação, algumas das competências foram aglutinadas e reescritas de modo a evitar redundância: *Conhecer os papéis, responsabilidades e competências da enfermagem obstétrica e médica obstétrica, assim como de demais profissionais que compõem a equipe interprofissional de cuidados da saúde da mulher e do recém-nascido (doula, médica pediátrica e anestesista, fisioterapeuta, equipe técnica de enfermagem, obstetritz e outras)* e *Ser capaz de descrever seu papel e dos demais profissionais na cena de parto e nascimento*. Outras foram revistas, sendo divididas para melhor compreensão dos conceitos. As competências que apresentavam conceito amplo foram excluídas como: *desenvolver relações de confiança com a mulher gestante, parturiente ou puérpera e com os demais membros da equipe*.

A compreensão de que o estabelecimento de confiança na prática colaborativa perpassa diversos fatores, como o convívio, a prática baseada em evidências científicas, a escuta ativa e empática, a comunicação adequada, o conhecimento do escopo de prática, a disponibilidade em trabalhar com o outro, o fortalecimento da autonomia profissional e da mulher, entre outros, revelou a necessidade de reformular as outras competências de modo a contemplar o conceito de confiança.

As competências que tratam de comunicação e transição de cuidado foram complementadas ou reescritas atentando para que os processos de discussão e tomadas de decisão sejam pautados por evidências científicas atualizadas e para que entre profissionais de uma mesma equipe, o conceito de transição de cuidado dê lugar a ideia

de continuidade do cuidado, ressaltando o aspecto integral da assistência, sem desvalidar a importância da transição do cuidado entre diferentes equipes.

Os eixos também foram reformulados de modo a incluir e contemplar os conceitos prevaletentes durante as discussões. O eixo *cuidado centrado na mulher, no recém-nascido e na família* destacou-se nas narrativas dos participantes, uma vez que todos os outros assuntos abordados dialogaram com o conceito apresentado neste eixo. Algumas das competências foram complementadas e reformuladas de modo a ressaltar a importância de que os processos de assistência estejam sempre focados nas necessidades da mulher para o sucesso da prática colaborativa. Este eixo também foi definido como central para o desenvolvimento da EIP e da prática colaborativa no cenário obstétrico.

Para a construção do conhecimento acerca da prática colaborativa interprofissional é importante explorar o grau em que cada conceito contribui para o processo geral de colaboração. Conforme observado por Smith¹⁰⁷, a literatura descreve alguns fatores como sendo chave, essenciais, centrais ou cruciais, sugerindo que alguns conceitos sejam mais importantes do que outros no sucesso da colaboração. Durante a dinâmica dos grupos, foi solicitado aos participantes que elessem um dos eixos como fundamentais e dois se sobrepuseram aos outros tendo obtido maior número de votos dos participantes: *cuidado centrado na mulher, no recém-nascido e na família* (4 votos) e *liderança colaborativa e resolução de conflitos* (3 votos), seguidos de *princípios da colaboração interprofissional* (2 votos), *clareza de papéis e responsabilidades* (1 voto). Diante da decisão dos participantes e da recorrência do tema durante as discussões nos grupos, o eixo *cuidado centrado na mulher, no recém-nascido e na família* foi reconhecido como central para nortear as ações de EIP. Ao justificarem a escolha, os participantes expressaram que, quando os profissionais se questionam ‘por que’, e

sobretudo ‘para quem’ estão direcionando suas ações fica mais fácil assimilar a idéia de que são necessários múltiplos saberes articulados para atender as necessidades da mulher de forma integral e que a partir do cuidado centrado na mulher, os outros eixos de competências colaborativas entram em articulação.

A palavra ‘cuidado’ foi substituída pela palavra ‘assistência’ em todos as competências e eixos. Conforme descrito na literatura³⁷, o cuidar está relacionado ao *ethos* profissional da categoria de enfermagem, enquanto o tratar diz respeito ao *ethos* médico. Assim, prestar assistência é, num sentido mais amplo, uma função compartilhada entre profissionais de saúde como um todo, abrange os dois conceitos mencionados, sem privilegiar uma ou outra categoria e ressalta o aspecto transversal das competências propostas.

Quanto ao eixo *princípios da colaboração interprofissional*, em uma análise em diálogo com a literatura, compreende-se que conhecer os princípios da colaboração é necessário aos profissionais dos quais se espera a prática colaborativa, contudo, parece ser ainda mais fundamental para educadores e preceptores que irão atuar facilitando a EIP entre estudantes de obstetrícia e, portanto, sugere-se que deva ser preferencialmente desenvolvido nestes profissionais.

Quadro 2 Matriz lógica de competências colaborativas para formação interprofissional de profissionais de medicina e enfermagem para atenção ao parto e nascimento - Formação modalidade residência

COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS	Eixos de Competências
	<p>a) Assistência centrada na mulher, no recém-nascido e na família</p>
	<p>A1 - Reconhecer a mulher gestante, parturiente ou puérpera como o centro da assistência e da tomada de decisões no cenário de parto e nascimento.</p> <p>A2 - Saber transmitir informações e orientações baseadas em evidências científicas atualizadas sobre o trabalho de parto, parto e puerpério de forma compreensível e com linguagem apropriada a mulher gestante, parturiente ou puérpera, estimulando tomada de decisão compartilhada.</p> <p>A3 - Conhecer e incorporar a diversidade cultural, religiosa, valores e necessidades específicas da mulher gestante, parturiente ou puérpera na condução da assistência ao parto e nascimento.</p> <p>A4 –Saber informar com linguagem e vocabulário adequado a mulher gestante, parturiente ou puérpera sobre os papéis e responsabilidades de cada profissional da equipe e sobre o compartilhamento do cuidado.</p>
	<p>b) Clareza de papéis e responsabilidades</p>
	<p>B1 - Conhecer os papéis, responsabilidades e escopo de prática da enfermagem obstétrica e médica obstétrica, assim como de demais profissionais que compõem a equipe interprofissional de assistência à saúde da mulher e do recém-nascido (médico neonatologista, anestesista, fisioterapeuta, enfermeira generalista, equipe técnica de enfermagem, obstetrix, doula e outros).</p> <p>B2 - Conhecer as limitações do seu escopo de prática profissional.</p> <p>B3 - Responsabilizar-se individualmente por suas próprias ações e funções, conforme explicitamente definido dentro de seu escopo profissional / disciplinar de prática.</p> <p>B4 - Responsabilizar-se conjuntamente com os demais profissionais por todas as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas que estejam sob os cuidados da equipe interprofissional.</p>

c) Comunicação e continuidade da assistência

C1 - Saber transmitir informações sobre a evolução da mulher gestante, parturiente ou puérpera com precisão e clareza, de forma compreensível e com linguagem apropriada aos demais membros da equipe.

C2 - Estimular a discussão baseada em evidências científicas atualizadas e tomada de decisão compartilhada.

C3 - Saber identificar o momento oportuno de solicitar avaliação complementar dos demais profissionais da equipe, promovendo assistência integral a mulher gestante, parturiente ou puérpera.

C4 - Praticar escuta ativa, respeitosa e atenta, acolhendo ideias e opiniões dos demais membros da equipe.

C5 - Saber utilizar de forma clara, completa e legível as ferramentas de comunicação, verbais e não verbais (prontuário e partograma) com os membros da equipe;

C6 - Saber reconhecer a importância da transição de cuidados entre equipes de iguais e diferentes categorias profissionais.

d) Liderança colaborativa e tomada de decisão compartilhada

D1 - Saber identificar o perfil de liderança necessária para momentos distintos e respeitar e apoiar a decisão da equipe.

D2 - Estabelecer liderança compartilhada e interdependente entre profissionais da enfermagem obstétrica e médica obstétrica quanto a assistência a mulher gestante, parturiente ou puérpera e em relação entre os demais membros da equipe.

D3 - Facilitar a tomada de decisão, o processo de trabalho, as discussões e as interações entre os membros da equipe e mulheres.

D4 - Reconhecer a autonomia profissional dos demais membros da equipe interprofissional.

D5 - Construir objetivos comuns em equipe e atuar colaborativamente para alcançá-los utilizando recursos comprovadamente eficazes a partir de evidências científicas atualizadas.

e) Princípios da colaboração interprofissional

E1 - Conhecer os princípios, valores, habilidades e atitudes necessárias para a colaboração interprofissional efetiva.

De quem é o parto? A mulher como foco do cuidado

Entre os temas que emergiram da análise, destaca-se o cuidado centrado na mulher como primordial no debate acerca da colaboração. Os participantes apresentaram a compreensão que a assistência voltada para as necessidades da mulher, construída através da promoção de uma relação horizontal entre esta e a equipe, baseada no reconhecimento do direito a autonomia corporal e a participação ativa como valor que deve nortear a colaboração no cenário obstétrico., o que é corroborado por diversos autores^{29,44,107-111} ao definem a atenção centrada no paciente como um dos elementos que estruturam a prática colaborativa. Nos grupos, ao mencionarem as dificuldades que permeiam esse processo, as participantes apontaram a dificuldade do profissional em reconhecer a mulher como figura central do cuidado, visto que historicamente a relação entre os profissionais e a gestante é concebida de forma vertical, onde o profissional encontra-se em posição superior e exerce o papel de condutor do processo do parto e nascimento. Frases que envolvem a ideia de propriedade do parto são frequentes nesses cenários e revelam questões intrínsecas as relações de poder, que estão articuladas por diversas hierarquias, como as de gênero, racial e classe social, e a disputa entre categorias profissionais pelo campo obstétrico³⁷. As falas de participantes dos grupos retratam esses desafios.

“ [...] discute-se quem e o que vai fazer. Importante focar em como vamos fazer e pra quem vamos fazer” (Participante do Grupo 1)

“[...] fica dando a ideia, na perspectiva temporal, de agora é minha, agora não é minha, agora está comigo, agora não está comigo” (Participante do Grupo 2)

Essa perspectiva de propriedade da assistência leva a perda da intencionalidade, que nesse caso seria proporcionar experiências e vivências para mulheres, seus filhos e filhas, e suas famílias, a partir do reconhecimento de suas próprias autonomias corporais. As práticas que busquem garanti-las, serão um elemento importante na

construção de compromisso e confiança entre elas e as profissionais que às acompanham ou às assistem no trabalho de parto e parto.

A dicotomia existente entre as práticas médicas e da enfermagem no campo obstétrico também emergiu nos grupos como um dos elementos que geram disputas, confrontos e negociações no cenário de parto e que, à medida em que contribuem para priorizar os conflitos entre os profissionais em detrimento das necessidades da mulher acabam por não reconhecê-la ou destituí-la da posição de protagonismo em que deveria estar. As crenças e os valores que profissionais das duas categorias atribuem ao parto apresentam divergências importantes e são inerentes ao próprio processo de formação: enquanto médicos obstetras são qualificadas para lidar com situações de complicações e risco perinatal, e portanto percebem o parto como um evento potencialmente perigoso, que demanda intervenções a fim de contornar possíveis situações que fujam ao controle, enfermeiras obstétricas tem sua formação voltada para prestar assistência a mulheres que apresentem pouco ou nenhum risco, e assim, entendem o parto como um processo fisiológico que necessita pouca ou nenhuma intervenção no qual a autonomia e o protagonismo das mulheres devem ser estimulados^{37,47} “A própria forma como o profissional nomeia a sua assistência ao parto é um importante sinal dessa diferença: o médico “faz” ou “conduz” o parto, enquanto a enfermeira o “assiste” (neste caso, quem faz o parto é a parturiente)”³⁷ (p.71)

Para Maia³⁷ esta disputa por território no campo obstétrico está fortemente vinculada ao *ethos* profissional - conjunto de características e tradições construído ao longo de um complexo processo de legitimação social, que permitem ao indivíduo se reconhecer e ser reconhecido como pertencente àquela comunidade profissional - de cada categoria, além de envolver questões econômicas, políticas, estruturais e institucionais. Propor um modelo de assistência ao parto que transfere o protagonismo

do processo para a mulher estimulando sua autonomia e controle do próprio corpo em contraposição ao modelo biomédico, que se tornou hegemônico no Brasil, significa, sob a perspectiva do *ethos* profissional, promover uma profunda mudança de crenças e valores a respeito do processo de nascimento tanto para profissionais envolvidos na assistência ao trabalho de parto e parto quanto para as parturientes.^{37,111} Os participantes observaram que, embora a mudança no modelo de assistência venha sendo fortemente impulsionada por um movimento das próprias mulheres que passaram a buscar o conhecimento e reivindicar a dignidade na assistência, essa não é a realidade predominante, dado que muitas delas ainda tem dificuldade em questionar o profissional e as condutas adotadas.

"[...] a grande maioria das mulheres não tem orientações prévias e desconhecem seus direitos. A população informada ainda não é a realidade" (Participante do Grupo 1)

Isto que poderia ser atribuído a falta de autonomia que essas mulheres têm de si mesmas em suas vivências cotidianas, relacionada ao contexto social misógino que historicamente cerceia sua liberdade sexual e direitos reprodutivos, além da dificuldade de acesso aos conhecimentos a respeito do processo de parto e do que é ou não recomendado como boa prática. Os participantes lembram ainda que, para alguns profissionais, as mulheres que passam a acessar, compreender e articular esse conhecimento, sendo capazes de se impor e fazer prevalecer a sua vontade tendem a tornar-se um inconveniente, sendo por vezes punidas por esse comportamento.

"[...] tive um parto normal cheio de intervenções e questioneei todas. E paguei o preço por esses questionamentos" (Participante do Grupo 1)

Essa ideia de relação de poder entre profissional de saúde e paciente é observada em Foucault¹¹² ao analisar o conhecimento utilizado pelo médico como um instrumento de controle do corpo do paciente e de apropriação de sua autonomia, fenômeno sedimentado na medicina moderna e que parece estar tão enraizado no imaginário popular que produz a crença de que o profissional é o único detentor do conhecimento,

sendo este inalcançável ao paciente. Considerando o contexto obstétrico, esse hiato na comunicação entre profissional e as mulheres gera a crença nas intervenções como sinônimo de boa prática obstétrica em qualquer circunstância, sendo a falta delas considerada privação ou precariedade de assistência, associada a ideia de que mulheres pertencentes a uma classe socioeconômica inferior não possuem o direito ao consumo de determinados tipos de tecnologias.^{37,113}

Ao discorrerem sobre a atenção centrada no paciente na prática interprofissional, Agreli, et al¹¹¹ afirmam que o sucesso ou insucesso das condutas terapêuticas estão relacionados a construção de um vínculo de confiança entre profissionais e usuários, estando o grau de envolvimento e participação dos pacientes no cuidado relacionado ao quanto se sentem confortáveis para questionar a autoridade profissional e a qualidade da relação. Esta afirmativa vai ao encontro do que pensam os participantes ao considerar que profissionais que apresentam uma postura impositiva, com pouca clareza quanto as condutas adotadas e desconsideração das necessidades da mulher dificilmente poderão construir esse vínculo, ocasionando em falta de confiança por parte da mulher.

Transmitir informações tecnicamente com linguagem acessível e respeitosa, exercitar a escuta empática, entendendo as necessidades da mulher para além do que ela verbaliza, compreender os sentimentos que estão implícitos em seu comportamento, e que podem facilitar ou dificultar o processo de cuidado, oferecer alternativas que são as expectativas da mulher quanto a sua experiência de parto são algumas das características de um comportamento que os participantes nomearam de ‘estar disponível’ para a mulher, que deve ser reconhecida como principal interessada no processo. Propor intervenções, ainda que se tratem de tecnologias não invasivas de cuidado, acreditando ajudar a mulher, porém sem considerar aquilo que ela realmente deseja naquele momento, pode configurar uma forma de violência por parte do

profissional. As tecnologias utilizadas com boa indicação e aliadas ao conhecimento técnico e ao desejo da mulher, tornam-se possibilidades para que a ela vivencie sua autonomia e empoderamento.

[...] a gente tem que tomar cuidado pra que o nosso conhecimento, que a gente acredita que pode ajudar a mulher não seja uma nova ditadura, em que ela não vai ser ouvida, em que não vai ser explicado pra ela o contexto, o porquê de a gente estar fazendo aquilo[...]. (Participante do Grupo 1)

A supervalorização dos aspectos técnicos em detrimento da humanização no processo de formação também foi mencionada pelos participantes como um obstáculo a colaboração interprofissional e que está presente nos programas de formação das duas categorias.

“[...]o que muito se via em ponto de discussão, nos entraves do processo era a preocupação constante no processo de formação dos residentes, no quantitativo de partos que o residente teria, se isso comprometeria a sua formação e em nenhum momento se colocava em foco a qualidade do cuidado ofertado a essa família, a essa mulher[...] (Participante do Grupo 1)

A fala desta participante em referência a um programa de residência em enfermagem obstétrica demonstra o quanto a formação obstétrica ainda precisa avançar no quesito assistência centrada na mulher, no recém-nascido e na família. Reconhecer a pluralidade sócio-cultural existente no universo das mulheres é reconhecer que pode haver entre elas uma multiplicidade de expectativas e demandas em relação ao parto. Nesse sentido é fundamental perceber que qualquer mudança que se deseje propor na perspectiva da colaboração interprofissional será atravessada pelas necessidades das mulheres, e formar profissionais capazes de desenvolver práticas de saúde centradas e adequadas as suas necessidades de forma integral parece ser o caminho para desenvolver processos de trabalho que vão além da atuação profissional da sua categoria ou especialidade.^{111,113} Ao deslocar o olhar de si mesmo e das suas necessidades, o profissional é capaz de ver que as necessidades da mulher demandam uma articulação

de conhecimentos e saberes que só é possível à partir da prática compartilhada com outros profissionais.

Agora é minha ou agora é sua? Os escopos de prática e a continuidade do cuidado

A clareza de papéis e responsabilidades é descrita por diversos autores^{18,44,107,109,110,114} como um dos conceitos fundamentais para promoção da prática interprofissional colaborativa e da EIP. Ela ocorre quando os alunos/profissionais entendem seu próprio papel e os papéis dos outros e usam esse conhecimento de maneira apropriada para estabelecer e atingir os objetivos do paciente/cliente, família e comunidade⁴⁴(p.12). Para articular funções, conhecimentos e habilidades durante a prática clínica, cada um deve conhecer e entender a identidade de outros profissionais, onde conhecimentos e habilidades únicos são mantidos e onde ocorrem conhecimentos e habilidades compartilhados e assim serem capazes de determinar quem tem o conhecimento e as habilidades necessárias para atender às necessidades dos pacientes/clientes permitindo um uso mais adequado dos profissionais e uma distribuição mais equitativa da carga de trabalho.⁴⁴

Ao abordarem o tema alguns participantes apontaram o desconhecimento do escopo de prática da outra categoria como um fator que gera desconfiança e limita a comunicação entre os profissionais. Uma das participantes que participou do processo de introdução do modelo colaborativo de assistência na unidade em que atua, relata sua percepção:

“[...] nesse processo de introdução da enfermeira obstétrica o que a gente mais percebia era o desconhecimento da equipe médica sobre as competências da enfermeira. Sobre o que ela podia fazer, até onde ela podia ir e isso me deixou muito surpresa porque foi a grande maioria não só dos staffs como também de muitos residentes, ou seja, as pessoas com uma formação mais antiga e formação mais recente[...] dava a impressão de que a gente estava fazendo algo que não nos competia, que a gente não tinha habilidade pra fazer e que quando não fizessemos de forma correta eles seriam chamados pra consertar o que a gente tava fazendo de forma inadequada” (Participante do Grupo 1)

Segundo Waldman et al¹¹⁴, O escopo de prática refere-se aos limites legalmente permitidos do profissional de saúde na prática conforme definido por estatuto, regulamento e diretriz educacional. Em um cenário em que profissionais de diferentes categorias atuam juntos e mais ainda, compartilham funções em comum, como é o caso do cenário de atenção ao parto, o desconhecimento do escopo de prática do outro tende a gerar dúvidas sobre quem deve/pode realizar determinadas práticas. A idéia de que o profissional médico teria que supostamente ‘consertar’ o que a enfermeira obstétrica fizesse de errado é comum na prática e advém da desconfiança entre os profissionais e do desconhecimento dos limites de atuação de cada profissional, como exemplifica umas das participantes:

“[...] eles diziam: “agora que tá dando ruim você está me chamando” mas não é, era uma limitação que o Coren colocava, que eu tinha que saber atuar numa distócia, mas uma das primeiras funções era chamar ajuda, que seria chamar o profissional médico, como o Coren descreve [...]” (Participante do Grupo 2)

Neste caso mencionado pela participante, o profissional médico ter o conhecimento prévio do que é descrito na resolução quanto ao limite de atuação da enfermeira obstétrica e sua responsabilidade técnica enquanto parte da equipe interprofissional, poderia ajudar a dirimir o conflito e promover a integralidade do cuidado. Vale observar que a competência relacionada ao assunto - Identificar e manejar evolução eutócica e distócica do trabalho de parto - também foi uma das que suscitou dúvidas entre os participantes quanto a classificação em comum e complementar (Tabela 1). Estes ruídos na comunicação entre os profissionais geram consequências diretas para a mulher que está sendo acompanhada uma vez que compromete a continuidade do cuidado. Um estudo recente¹¹⁵ que buscou analisar a qualidade e segurança na assistência obstétrica identificou a falha na comunicação como a principal causa (72%) de morte ou prejuízo perinatal. A ausência de comunicação, inexistência de

interação multidisciplinar, presença de medo e receio de provocar conflito e a coexistência pouco harmonizada de modelos de atenção obstétrica distintos são indicadores de uma assistência insegura sendo a causa mais frequente de eventos adversos.¹¹⁵ A continuidade da assistência depende não só de uma comunicação efetiva entre os profissionais da equipe mas também do estabelecimento de confiança, objetivos comuns e foco na mulher.

Para os participantes esse é um ponto crucial da prática colaborativa e divide opiniões. Enquanto alguns acreditam que conhecer o escopo de prática é fundamental para que haja confiança mútua, outros defendem que o estabelecimento de funções muito bem definidas e “engessadas” (*participante do grupo 1*) podem gerar conflitos a medida em que alguns profissionais se limitam a atuar somente dentro do seu escopo de prática, provocando a fragmentação do cuidado ou mesmo se eximam da responsabilidade sobre determinadas ações, uma vez que há outro profissional sendo responsável pela assistência. Além disso, o fato de não haver uma assistência conjunta durante todo o período da assistência prejudica a confiança da mulher no profissional e na equipe e reflete a deslegitimação da mulher como centro do cuidado:

“[...]a maior parte do acompanhamento de trabalho de parto, tanto do risco habitual quanto do alto risco nos locais em que eu trabalhava era feito pela enfermagem obstétrica. Quando chegasse a dilatação total e fosse alto risco tinha que passar pra equipe médica. Não tinha uma assistência conjunta durante todo o trabalho de parto e isso dificultava muito na confiança desse mulher. Porque ela passava um período inteiro com um profissional e de repente, no final, quando era a assistência do [período] expulsivo, entrava um outro profissional e aqueles que estavam com ela saíam de cena” (Participante do grupo 2)

De acordo com os participantes, em um modelo colaborativo, é importante compreender que todos os profissionais fazem parte da assistência de modo contínuo, independentemente da gravidade do quadro e da complexidade das ações estando a mulher sob responsabilidade da equipe e não de um profissional ou de outro em um recorte de tempo. Organizar processos de trabalho onde houvessem mais encontros desde o acolhimento a essa mulher, de modo conjunto, compartilhando a

responsabilidade e o processo decisório permite uma assistência integral e, portanto, não haveria a necessidade de transferir o cuidado. Ao descrever o cenário obstétrico em que atua, umas das participantes relata que a comunicação ocorre com facilidade, há um profundo respeito e confiança entre médicos obstetras e enfermeiras obstétricas e as decisões são tomadas de forma conjunta durante todo o período perinatal. A comunicação acontece não só através do diálogo, mas através de instrumentos como o gráfico para avaliação da evolução do trabalho de parto, evolução e anotações em prontuário. Ainda que nem todos os profissionais estejam presentes no mesmo espaço ou participem de todos os processos, todos estão cientes dos quadros das mulheres durante todo o período, de modo que em uma situação de evolução desfavorável não há transição do cuidado e sim continuidade.

“[...] se nós precisamos de repente passar esse caso para o [médico] plantonista, e ela evoluir de uma maneira que não for mais favorável que ela permaneça naquele ambiente [centro de parto normal], que ela vá pro centro cirúrgico, precise de analgesia, ou fórceps, ou cesária, não existe nenhum tipo de discussão, como por exemplo ‘você avisou tarde demais’. Isso nem é colocado dentro da comunicação porque já existe uma confiança no nosso trabalho” (Participante do Grupo 2)

Para Rossit et al³², delimitar seu campo de atuação não significa demarcar território de maneira autoritária e competitiva; pelo contrário, significa reconhecer seus limites frente a atenção às demandas específicas do paciente e ao perceber a necessidade de complementariedade das ações, saber o momento exato de solicitar a colaboração para ampliar olhares e promover maior efetividade e resolutividade das demandas.

“[...]quando eu estou fazendo um certo cuidado e eu simplesmente interrompo aquilo ali e não trago outro profissional, [pois] não é da minha competência continuar, então se eu não trago um outro profissional, se eu não dialogo com ele sobre a continuidade do cuidado e se eu não esclareço a mulher, isso cria um vácuo entre o cuidado que um iniciou e outro deveria concluir. Então eu acho extremamente importante que cada um saiba sua competência, óbvio, mas que um dê continuidade ao que o outro tá fazendo” (Participante de Grupo 1)

O convívio, apontado pelos participantes como ponte para construção da confiança, também emergiu como um elemento que permite uma maior integração com

o universo profissional do outro. O ambiente da residência, por integrar ensino e serviço, coloca os estudantes em contato direto com profissionais dos serviços de saúde, favorecendo o olhar ampliado sobre o campo de atuação dos outros profissionais e reconhecendo a importância de cada profissional na equipe. Permitir que o outro mostre o que é capaz de fazer na prática oportuniza o vínculo e a afinidade e minimiza o espaço de estranheza entre as categorias, estreitando as relações.³² Conforme comenta Lefebvre¹¹⁶, divergências nas atitudes profissionais entre médicos e enfermeiras obstétricas está relacionada a pouca exposição aos ambientes de prática, escopos e respectivos papéis de cada um durante a formação e reforça que promover o ensino interprofissional nos currículos de residência pode mudar essa realidade conflituosa, fomentar relacionamentos mais fortes e criar respeito entre essas profissões. Para Romijn⁴⁷, é necessário expandir a identidade social dos profissionais de saúde para além de sua profissão. Cria uma identidade comum baseada em equipe, em vez de uma identidade baseada em profissão, incentiva os membros da equipe a se perceberem como parte de uma equipe.

“[...]limites pensados de forma rígida só podem se movimentar a partir da disputa, mas se a fronteiras puderem ser pensados de modo mais distendido, esse é o espaço para a prática colaborativa. Um território de intersecção entre as categorias, entre a mulher e a família, elementos da comunidade, da instituição, e até do que não está presente fisicamente mas está expresso na cultura” (Participante do Grupo 2)

De um modo geral, como coloca uma das participantes, não se trata de estabelecer limites e responsabilidades inflexíveis, mas de compreender as possibilidades que o trabalho em colaboração proporciona a partir da valorização do saber do outro.

Conhecimento em favor da comunicação e da confiança: o lugar das evidências científicas.

Para os participantes, a confiança é um componente essencial para que a equipe interprofissional atue de forma efetiva e ao serem questionados sobre quais elementos os levam a confiar em outro profissional no ambiente de trabalho, os termos convívio, autonomia e comunicação se destacaram e além disso, frequentemente essa construção de confiança foi associada a prática baseada em evidências científicas. O conhecimento foi apontado como um potencial produtor de conflito no cenário obstétrico, mas que se bem articulado, com o objetivo de construir confiança e boa comunicação, deverá atuar como um facilitador das práticas colaborativas.

Os participantes observaram que o distanciamento entre as diferentes categorias foi aprofundado pelo abismo do acesso ao conhecimento.

“[...] eu percebia a diferença, por exemplo quando eu era residente com o residente médico. Tinha o distanciamento institucional, mas eu acredito também que era um distanciamento enorme da questão do capital de conhecimento. Eu estudava no Rezende e no Rezendinho⁹, eu não tinha o acesso aos artigos publicados nas revistas indexadas em inglês e que sinalizavam práticas atuais no mundo. Eu tinha acesso a alguma coisa que era ali no livro físico e repetia aquilo como tendência da formação médica” (Participante do grupo 2)

Durante muito tempo a formação da enfermagem esteve atrelada ao conhecimento e experiência do médico, sobretudo em se tratando de especialidades, de modo que o conhecimento proveniente da prática médica era sistematizado em publicações que se tornavam referência para o campo como um todo¹¹⁷. Somente a partir da década de 1990, passou a ser amplamente difundido o conceito de medicina

⁹ Ao mencionar ‘Rezende e Rezendinho’, o participante se refere a publicação denominada Obstetrícia, publicada pela primeira vez em 1962, de autoria do médico ginecologista e obstetra Jorge Fonte de Rezende e co-autoria do médico ginecologista e obstetra Carlos Antonio Barbosa Montenegro. O tratado tornou-se referência na área de obstetrícia, sendo indicado para estudantes e profissionais de saúde. Diante da importância do autor para a obstetrícia brasileira, a publicação passou a ser conhecida popularmente como ‘Rezende’. Após o seu falecimento em 2006, seu filho, o doutor em medicina obstétrica Jorge Fonte de Rezende Filho ingressou como autor na obra a partir de sua 11ª edição que passou a chamar-se Obstetrícia Fundamental (2008), conhecida popularmente como “Rezendinho”. O livro segue sendo atualizado e encontra-se atualmente em sua 14ª edição, publicada em 2018 pela editora Guanabara Koogan.¹⁴²

baseada em evidências ou prática baseada em evidências, embora, no campo obstétrico, a ideia já tivesse sido introduzida em publicação da OMS de 1985, na qual desencoraja a prática de alguns procedimentos por não haver evidência de que sejam benéficos ou necessários¹, e posteriormente, em 1997, quando foi publicado um conjunto de recomendações para a assistência ao parto de baixo risco elaboradas por um grupo técnico com base em evidências de pesquisas já disponíveis.³

“Medicina baseada em evidências é o uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências atuais na tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes individuais. [praticar] Medicina baseada em evidências significa integrar a experiência clínica individual com a melhor evidência clínica externa disponível de pesquisa sistemática.”¹¹⁸ (p. 71)

O conhecimento enquanto capital cultural foi teorizado por Bourdier¹¹⁹ ao descrever como os sujeitos se posicionam na estrutura de uma relação de acordo com o volume e qualidade de capital que detém e como isso pode ocasionar disputas entre diferentes campos. De acordo com os participantes, existe entre as categorias de medicina e enfermagem uma distanciação relacionada a maneira como o conhecimento é expandido e operado nas duas categorias. A formação da enfermagem, ao sofrer influências da formação médica, resulta em um processo de cuidado estruturado a partir do diagnóstico patológico e conseqüentemente coloca o profissional médico em uma posição hierarquicamente superior.

“[...] quais são os médicos que sabem falar de diagnóstico de enfermagem do mesmo jeito que as enfermeiras, em alguma medida, conseguem dialogar sobre o diagnóstico patológico, do médico?” (Participante do grupo 2)

Parece haver uma necessidade da enfermagem em apropriar-se do conhecimento médico, o que não ocorre na via oposta, e reflete na confiança entre esses dois profissionais na prática, dando a percepção de que a enfermeira tem sua prática

desqualificada e precisa estar sempre ‘provando’ para os demais profissionais da equipe que é capaz de atuar no que lhe compete e para isso precise demonstrar um grau de conhecimento que vai além do seu escopo de prática. Esse comportamento foi descrito por King et al¹⁰⁰ ao notar que alunos de medicina raramente são apresentados às funções de outros membros das equipes de saúde, enquanto alunas de enfermagem obstétrica tendem a demonstrar conhecimento do papel do médico obstetra, embora a exposição formal às culturas profissionais de outras disciplinas de saúde não faça tradicionalmente parte dos currículos de formação dessas categorias.

Sob outro aspecto, os participantes relatam que a falta de confiança em função do conhecimento ocorre também ao perceber que o outro profissional pode ser resistente a adoção de condutas baseadas em evidências científicas ou mesmo demonstrar desconhecimento a respeito das evidências atualizadas.

“[...] alguns enfermeiros tem uma certa dificuldade em trabalhar com o médico também, porque vai achar que aquele médico sempre vai trabalhar de forma diferente daquilo que ele acredita como certo.[...]” (Participante do grupo 1)

No campo obstétrico em sua especificidade, o corpo de conhecimentos não é exclusivo do médico, uma vez que a enfermeira obstétrica foi introduzida no cenário e passa a compartilhar desse saber formal³⁷. Enquanto a formação médica historicamente foi pautada nas experiências pessoais, na autoridade dos indivíduos, no tradicionalismo da profissão, resultando em uma assistência médico-centrada, individualista, onde o profissional médico detinha o monopólio da demanda e a autonomia da tomada de decisão^{37,113,117}, a formação da enfermeira obstétrica parte da necessidade de implementar um modelo de assistência mais humanizado que venha romper com a prática tecnológica e intervencionista até então hegemônica, de modo que a prática baseada em evidências científicas está intrínseca a sua formação.⁷⁴ Atualmente, o acesso as evidências científicas em obstetrícia não se restringe a categorias e há esforços por parte dos organismos internacionais para que sejam adotados por todos os

profissionais do campo obstétrico, através do amplo acesso a revisões sistemáticas, meta-análises, ensaios clínicos, além de documentos técnicos que fornecem subsídios para a elaboração de políticas públicas e protocolos em nível regional.^{101,120}

Para Simpson⁵³, ao descrever as implicações da comunicação para segurança perinatal, a existência de um objetivo comum claramente articulado não é suficiente se há, entre os profissionais, opiniões distintas sobre como atingir esse objetivo. As evidências científicas nesse contexto seriam um instrumento capaz de uniformizar a prática, tornar a comunicação horizontal e alinhar condutas facilitando a tomada de decisão compartilhada e a prática interprofissional como um todo. O conhecimento equiparado entre as categorias a partir de condutas baseadas em evidências, representam segurança tanto para profissionais quanto para as parturientes e oferecem credibilidade para as condutas de profissionais de ambas as categorias, promovendo a confiança mútua.

Ao relatar sua experiência em uma maternidade em que, em sua opinião, a colaboração interprofissional ocorre de modo efetivo, uma das participantes explica que nesta unidade os protocolos de assistência estão em constante processo de construção a partir da publicação de novas evidências. Essa exigência de atualização constante a partir das evidências científicas parece operar de modo a evitar que haja lacuna de conhecimento entre os profissionais e já foi incluída por Pecci et al¹⁸ ao elaborar um conjunto de princípios do modelo colaborativo para o parto e nascimento em uma unidade de saúde americana. Segundo Rayburn¹²¹, a instituição de protocolos e guidelines desenvolvidos interprofissionalmente demonstraram reduzir danos ao paciente, uma vez que padronizam ações e aprimoram a comunicação. Uma vez que todos ‘falam a mesma língua’ não há sobreposição entre categorias relacionada ao conhecimento enquanto capital cultural. Um programa de treinamento para EIP nos

Estados Unidos utilizou uma ferramenta baseada em evidências desenvolvida para melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e os resultados demonstraram forte impacto nos conhecimentos, habilidades e atitudes para o trabalho em equipe interprofissional entre os participantes.¹²²

Embora haja um consenso mundial acerca dos resultados produzidos pela prática baseada em evidências, esta ainda não é uma realidade em diversas regiões brasileiras conforme os resultados do estudo *Nascer no Brasil*¹²³. Inúmeros fatores podem ser elencados como barreiras para a implementação da prática baseada em evidências, entre eles, aspectos comportamentais que incluem pouca familiaridade com o universo científico, o que limita a compreensão dos métodos de pesquisa e a interpretação dos resultados, e a resistência de alguns profissionais a adoção a prática baseada em evidências. Entre as razões para essa resistência destacam-se a dificuldade em romper com o paradigma vigente de assistência ao parto, que pode estar relacionada a componentes do *ethos* profissional e ao fato de terem tido seu processo de formação num período anterior a implementação de políticas de humanização.^{37,124}

Importante ressaltar que os participantes enfatizaram o conhecimento técnico ofertado pelo profissional, aliado as experiências pessoais da mulher é o que vai permitir que ela seja participante na tomada de decisões a respeito do seu processo de parturição. Acreditam que o conhecimento que a mulher tem de si mesma e da sua própria fisiologia é indispensável para a construção de um plano de condutas que atenda as suas necessidades e para que isso ocorra é fundamental que a mulher disponha do conhecimento técnico através de linguagem adequada a sua compreensão, seja estimulada a pensar de forma crítica e conheça as possibilidades quanto a tomada de decisão e, sobretudo, sinta confiança na equipe para expressar seus desejos e compartilhar suas experiências. A mulher como foco da assistência emerge mais uma

vez nas narrativas dos participantes ao afirmarem que há uma crescente tendência em apropriar-se do conhecimento técnico sobre o parto e nascimento por parte das gestantes, o que as permite questionarem condutas inadequadas e reivindicar uma assistência digna e respeitosa. Desse modo, profissionais que não acompanharem as atualizações de boas práticas recomendadas mundialmente tendem a ‘nadar contra a corrente’ e serem deslegitimados em sua prática, perante as mulheres e perante a equipe interprofissional.

Comunicação e aspectos da formação

O convívio com o outro também foi apontado pelos participantes como importante para a construção da confiança e da boa comunicação entre profissionais e relataram a dificuldade de relacionamento existente entre as categorias médica e de enfermagem desde a introdução destas em uma proposição de modelo que esperava certo grau de colaboração entre os profissionais envolvidos.

“[...] tem que ter um diálogo, o problema é que as enfermeiras obstétricas quando entraram na linha de cuidado para a assistência conjunta, não foi apresentado como isso funcionaria, muitas vezes a gente cai de paraquedas, olha, a enfermeira ta ali, a gente ta aqui, [...] fórum interdisciplinar, reunião de equipe, , eu acho que é o ideal pra cada um se conhecer, porque eu entro num plantão que eu não conheço a minha enfermeira, ela ta num plantão que não me conhece[...] (Participante do Grupo 2)

Os participantes acreditam que é a partir do convívio com o outro, do relacionar-se que ocorrem as trocas de conhecimento, o compartilhamento de experiências, a fluidez de comunicação, o respeito a autonomia, a valorização das habilidades e conseqüentemente a construção de confiança e o vínculo. Esses atributos seriam, de acordo com eles, capazes de caracterizar profissionais de diferentes categorias enquanto equipe e os direcionar para uma prática colaborativa. Contudo, somente agrupar profissionais em um mesmo cenário de assistência não resulta necessariamente em uma prática colaborativa, sendo necessárias intervenções a nível institucional e

comportamental para que isso ocorra, conforme pontuam Matuda et al e Rayburn et al.^{121,125} Quanto a isso, vale destacar o que foi apontado por um dos participantes, ao constatar que profissionais de uma mesma categoria, mesmo não se conhecendo e não tendo tido convívio anterior, ao serem reunidos em um mesmo ambiente de trabalho, parecem ter maior facilidade em trabalhar de forma colaborativa e isso possivelmente ocorreria devido a ambiência da formação já denotar uma afinidade entre esses profissionais. De acordo com o participante são profissionais que já esperam encontrar alguma similaridade de conhecimentos e valores transmitidos durante o processo de formação, ao passo que, ao se depararem com um profissional de outra categoria em uma equipe multidisciplinar, o desconhecimento de como se deu esse processo de formação implica em uma imediata desconfiança. Esse apontamento se relaciona com o processo de construção do *ethos* e da identidade profissional das categorias e ressalta a pertinência de se propor mudanças na formação a partir da EIP³²

Aspectos da formação foram invariavelmente mencionados pelos participantes ao abordarem dificuldades e soluções para a colaboração interprofissional no campo obstétrico. Um dos participantes, ao descrever sua experiência em uma unidade que até então recebia apenas alunos de residência em obstetrícia da categoria médica, relata que a partir do momento em que se iniciou o programa de residência em enfermagem obstétrica, os discentes se posicionaram negativamente.

[...] teve um tempo em que teve a residência médica mas eles saíram, escreveram uma carta dizendo da dificuldade em ter outro profissional pra dividir a assistência, que eles não queriam estar num local em que a assistência fosse dividida, então eles saíram do campo permanecendo só a residência de enfermagem. (Participante do Grupo 2)

Este fato reflete o quanto a formação em saúde ainda é individualista e leva os profissionais a se isolarem em seus núcleos, além de indicar a perpetuação dessa prática

entre preceptores e alunos, que um dia possivelmente estarão também na posição de preceptores, contribuindo para a manutenção da estrutura disfuncional das relações.

Um estudo¹⁰³ que produziu análise sobre um programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia sob a perspectiva dos alunos em uma universidade de São Paulo observou um déficit na qualificação dos profissionais que atuam como preceptores. Frequentemente nos programas de residência médica é o plantonista do serviço que atua como preceptor e não necessariamente esse profissional dispõe dos saberes pedagógicos necessários para exercer adequadamente as tarefas de supervisão, correção, ensino e avaliação do médico residente, sendo muitas vezes considerados relevantes apenas a sua formação profissional especializada e o tempo de experiência no exercício da medicina. Outro achado importante do estudo foi a lacuna no contato dos residentes com o universo acadêmico. Mais da metade dos participantes (53,7%) afirmou nunca ter recebido estímulo por parte dos preceptores para pesquisa científica e um número significativo (41,5%) afirmou ter frequentado atividades teóricas poucas vezes durante o programa. Esses resultados sugerem não somente o despreparo dos professores e preceptores para as funções, o que torna o processo de ensino-aprendizagem defasado e desvalorizado¹⁰³ mas também a manutenção da lógica de que a experiência e a autoridade profissional do médico se configuram como principal fundamentação para o uso de determinados procedimentos.¹¹³

Ensinar a quem ensina: a qualificação docente para a educação interprofissional

Os achados demonstram um enorme desafio para a implantação da EIP na formação obstétrica. Se facilitar o aprendizado profissional já é desafiador, facilitar a aprendizagem interprofissional é ainda mais. Mesmo os educadores mais experientes tem dificuldades ao serem confrontados por alunos de diferentes realidades

profissionais¹²⁶, portanto, o sucesso da iniciativa depende de que os envolvidos estejam dispostos a aprender uns com os outros, “destacando-se uma equipe docente engajada que aposte e acredite na estratégia pedagógica da educação interprofissional”¹²⁷ (p.1571). De acordo com Costa^{30,128}, tendências pedagógicas tradicionais tendem a reproduzir modelos assistenciais igualmente tradicionais e formar profissionais a partir da perspectiva interprofissional tem se mostrado um processo complexo, ao passo que implica em profundas mudanças nos contexto social, econômico e cultural e passa por romper com a lógica disciplinar, a compartimentalização de saberes, a influência da competitividade do mercado de trabalho, a fragmentação na atenção à saúde decorrente de sistemas hierarquizados, entre outros fatores que permeiam a ordenação dos processos formativos.^{98,128} Para superar essa problemática a qualificação e desenvolvimento do corpo docente constitui-se um aspecto central e demanda a aproximação dos princípios e conceitos que estruturam a prática colaborativa interprofissional, além de metodologias de ensino e aprendizagem capazes de garantir o desenvolvimento das competências comuns, complementares e colaborativas.³⁰. Capozollo¹²⁹ observa que o que se propõe para os estudantes também precisa ser vivenciado pelos docentes, permitindo a construção de certo modo de pensar e agir comum que atravesse as áreas profissionais e disciplinares, uma vez que, conforme descrito por Costa³⁰, “as propostas assumem o formato das pessoas que as conduzem, fragilizando-se enquanto pilar do processo de reorientação da formação profissional em saúde” (p.19)

Poucas pesquisas se propuseram a analisar os impactos das experiências de aprendizagem interprofissional nas vivência e percepção dos docentes. Ao descrever uma experiência com a integração curricular sob o ponto de vista dos professores

envolvidos na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Campus Baixada Santista, Capozollo¹²⁹ percebeu que

“[...]havia, entre os docentes, diferentes apropriações sobre o sistema de saúde vigente no país, sobre as políticas de saúde e sobre os movimentos de mudanças que embasavam as diretrizes do projeto político pedagógico do campus. Também diferentes concepções sobre o processo saúde-doença-cuidado que informavam diferentes perspectivas em relação aos aspectos que deveriam ser valorizados na formação dos futuros profissionais de saúde.” (p.71-72)

Essas e outras questões descritas pela autora se constituíram um desafio complexo na execução do projeto, de modo que o processo foi bastante exigente para os docentes. Contudo, os benefícios da intervenção puderam ser evidenciados pelos participantes que se mantiveram no processo até o fim. Ao vivenciarem a potência da articulação entre diferentes áreas de conhecimento tiveram sua percepção da colaboração interprofissional ampliada resultando em impacto importante para a atuação destes profissionais. Nesta instituição número significativo de projetos interprofissionais de extensões e de pesquisas, se expandiram para além das atividades propostas inicialmente, permeando outros campos de atuação destes docentes. Achados semelhantes foram relatados por Davis et al¹²² em pesquisa que avaliou impactos no conhecimento, habilidades e atitudes de professores que participaram de um programa de treinamento docente para EIP nos Estados Unidos. A autora ressalta o conhecimento sobre os fundamentos da EIP e prática colaborativa devem estar inicialmente presentes ou desenvolvidos por meio de treinamento para apoiar a eficácia do corpo docente.

Entretanto, ainda que um corpo docente qualificado e engajado seja fundamental, para o êxito das iniciativas é indispensável o apoio dos âmbitos político e institucional, que devem investir em políticas públicas e recursos para planejar, desenvolver e implementar as propostas de EIP^{30,127}. Esta articulação entre os níveis é o que vai superar a personificação das iniciativas, assegurando que os princípios da

interprofissionalidade estejam presentes, independente de quem conduz as ações ou estratégias educacionais.³⁰

Relações iguais entre atores desiguais: autonomia, liderança e tomada de decisão

Por motivos historicamente sedimentados, a formação e atuação de profissionais de saúde para a prática colaborativa, a integralidade no cuidado e o reconhecimento dos espaços fronteiriços e de interdependência entre as profissões ainda constituem-se como aspectos complexos e desafiadores da formação.³²

Dentre esses motivos, destacam-se dois pontos importantes da relação entre essas duas categorias: a autonomia e a hierarquia. Conforme descrevem Saad e Riesco¹³⁰, “a autonomia profissional pressupõe determinado grau de exercício de poder, conhecimento teórico e prático, reconhecimento do ambiente de atuação, competências para fazer escolhas, capacidade para agir e decidir e responsabilidade na tomada de decisões” e depende do reconhecimento da atuação perante os outros profissionais e as mulheres. Ao problematizar a questão da autonomia na prática colaborativa em saúde, D’amour¹⁰⁸ refere que mesmo havendo um desejo por parte dos profissionais em atuarem em conjunto com um objetivo comum, paralelamente existe uma necessidade enquanto profissionais e/ou enquanto categoria de preservar algum grau de autonomia e independência que se sobrepõe, comprometendo a colaboração. No campo obstétrico, com a introdução da enfermeira obstétrica, a perspectiva do trabalho em equipe provoca mudanças a medida em que o parto deixa de ser um evento individualizado, onde o médico detém total autonomia, para ser compartilhado. A enfermeira obstétrica, por sua vez pertencente a uma categoria que histórica e culturalmente ocupa posição de subordinação a categoria médica, encontra nesse lugar a valorização do seu corpo de conhecimentos práticos e teóricos e a expansão da sua autonomia.³⁷

Os participantes diversas vezes pontuaram a autonomia como algo a ser valorizado, mas também como um fator que dificulta as relações a medida em que a enfermeira obstétrica amplia sua autonomia e o médico obstetra considera este movimento como uma perda de espaço e de hegemonia sobre a prática obstétrica. Para Maia³⁷, “a perda da autonomia liberal está no cerne da maior parte das discussões sobre a mudança contemporânea no trabalho e no *ethos* médico”(p.168) e ressalta que autonomia liberal não é sinônimo de boa assistência e a necessidade de reconhecer que não existe autonomia plena. Quanto mais autonomia o profissional médico detiver, maior será a chance de haver uma prática intervencionista, uma vez que tende a manter controle sobre a imprevisibilidade dos eventos do trabalho de parto e sua duração. Essa lógica é inviabilizada dentro do modelo humanizado. A enfermeira obstétrica, por sua vez, tem a autonomia limitada, pelo risco, ainda que mínimo, de uma intercorrência durante o trabalho de parto de risco habitual que demande uma intervenção médica.³⁷.

Quanto a esta problemática da autonomia, os participantes mencionaram o que chamaram de um ‘vício primário’ em acreditar que uns não devem questionar os outros, o que estaria relacionado a existência de uma estrutura hierárquica nas relações de profissionais entre si e entre profissionais e as mulheres.

“[...]é muito difícil um profissional ser questionado em relação a uma prescrição, ou a autonomia de escolha[...] muitos profissionais médicos são ensinados a serem superiores não só ao paciente mas ao resto da equipe[...]” (Participante do Grupo 2)

Além disso, a autonomia da mulher foi pontuada como um movimento em expansão dentro do cenário obstétrico e reconhecido como propulsor das transformações tanto do modelo de assistência quanto das relações na cena de parto e nascimento:

“[...]quando a gente olha aquelas mulheres que chegam no parto, que estudaram, que se prepararam, que sabem o que querem e o que não querem e dizem isso, o profissional na primeira, na segunda, na terceira vez fica assustado, mas de repente ele nota: ela tá escolhendo,

tá se apropriando[...]então, a partir do acesso ao conhecimento pelas mulheres, as equipes vão ter que se transformar também[...]" (Participante do Grupo 2)

Outros elementos produtores de desigualdades entre as categorias foram observados pelos participantes e passam pelo campo da valorização, da liderança e da tomada de decisões. Smith¹⁰⁷ acredita que a prática colaborativa é atravessada por fatores culturais, sociais, políticos e econômicos, ou seja, o contexto em que os profissionais estão inseridos. No cenário brasileiro, esses fatores incluem desigualdades que tendem a estabelecer uma relação hierárquica entre medicina e enfermagem como por exemplo, a identidade organizacional das instituições hospitalares que se constituem ambientes competitivos, de supervalorização de tecnologias duras e da lógica curativista³⁷, o número incipiente de enfermeiras obstétricas para integrar as equipes interprofissionais¹³¹, a desvalorização econômica da enfermagem obstétrica expressa pela disparidade entre a remuneração das duas categorias, entre outros.

"[...]passa pela remuneração também, enquanto a gente tiver remunerações desiguais, vai ser muito difícil a gente poder discutir, porque a gente vive num mundo capitalista, que vai olhar as pessoas pelo que elas ganham, então eu acho que esse é um dos nós do trabalho colaborativo" (Participante do Grupo 2)

"[...] mais do que um conflito, é uma guerra, uma disputa pelo campo obstétrico, principalmente se isso passa pelo bolso[...]" (Participante do Grupo 2)

"[...]se a gente for considerar o cenário de parto em ambiente hospitalar, a enfermagem obstétrica ainda está engatinhando no Brasil. O Rio de Janeiro é uma ilha em volume de partos por enfermeiro, mas a grande maioria dos hospitais no Brasil não tem a introdução da enfermeira obstétrica de forma ampla em número de profissionais" (Participante do Grupo 1)

Além disso a liderança e a tomada de decisão são frequentemente reivindicadas pelo profissional médico sob os argumentos de que seu período de formação é superior e a imagem de poder e resolutividade que o senso comum associa a medicina e ao médico.^{37,132} Contudo, ao mesmo tempo em que o profissional médico deseja estar na posição de liderança, parece ter dificuldade em correponsabilizar-se por parturientes que

estejam sendo acompanhadas por enfermeiras obstétricas em casos de alguma intercorrência que demande a presença do médico ou da transição do risco habitual para o alto risco, conforme foi observado pelos participantes através da expressão “*agora que tá dando ruim você me chama*”, frequentemente proferida por médicos ao serem solicitados por enfermeiras obstétricas durante o acompanhamento da assistência.

Ainda de acordo com os participantes, o profissional que está habituado a trabalhar em um ambiente marcado pelo conflito interprofissional, apresenta dificuldade ao se encontrar em um cenário diferente. Pressupondo que todo conflito ative defesas nos envolvidos, caso não seja manejado, esse comportamento pode causar um distanciamento ainda maior e contribuir com a manutenção desta estrutura como descreve uma das participantes ao descrever sua experiência:

“[...]eu vivi isso aqui, porque eu saí do Rio, minha formação foi no Rio e eu vim pra São Paulo e realmente essa forma de se relacionar era muito diferente do que eu já tinha visto. Ter visto que não existe uma guerra nesse serviço que eu tô hoje foi uma coisa que me impactou muito porque eu já vim com minhas defesas pra cá” (Participante do Grupo 2)

O modelo colaborativo convida ambas as categorias a superarem a individualização das práticas e a hierarquização a partir liderança colaborativa e da tomada de decisão compartilhada. Na liderança colaborativa os profissionais assumem a liderança, dependendo do contexto da situação e dos tipos específicos de habilidades e conhecimentos requeridas em um determinado momento. Todos os envolvidos - profissionais e mulheres – estabelecem objetivos comuns tendo a mulher como centro da assistência, tomam decisões a partir de comunicação eficaz e assumem responsabilidade compartilhada pelos processos escolhidos para alcançar os resultados. Existem dois componentes para o papel de liderança: a) orientação para tarefas, onde o líder ajuda outros membros a manterem o fluxo de trabalho para alcançar um objetivo comum acordado, e b) orientação para relacionamentos, na qual o líder ajuda os

membros a trabalharem juntos de forma mais eficaz. Em alguns casos, pode haver dois líderes - um para manter o fluxo de trabalho e outro que se conecta com mulheres e famílias, servindo como o elo entre a equipe e a mulher.⁴⁴ Smith acredita que colaborações bem-sucedidas capacitam ambos os lados da parceria, promovendo relacionamentos horizontais e não excluem a independência dos profissionais. Para o autor “o trabalho colaborativo eficiente é uma relação de benefício mútuo tanto para médicos obstetras quanto para enfermeiras obstétricas” (p.137), e deve ser naturalizado desde a formação.

Caminhos para a intervenção: estratégias pedagógicas possíveis

Durante os grupos, em muitas das narrativas dos participantes, foi possível identificar sugestões de estratégias para implementar a EIP. Os participantes deram ênfase a atividades que estimulem o diálogo e a comunicação entre os estudantes, ferramentas de mediação de conflitos, atividades que preparem os profissionais para a atuação interprofissional eficiente em situações de urgência e emergência e ressaltaram a importância de naturalizar o convívio com outras categorias durante a residência. As plataformas de mídias digitais e sociais também foram apontadas como espaço de diálogo e troca, ao reconhecerem o grupo focal remoto como uma oportunidade de estarem reunidos através de ambiente virtual para compreensão e discussão sobre o tema, sob condução de um facilitador. Para Rayburn¹²¹, estas ferramentas estão se tornando universais na prática em saúde e trazem conectividade sem precedentes que abre novos horizontes para interação entre profissionais e pacientes.

Alguns relatos reforçam a ideia de integrar profissionais de diferentes categorias durante a formação e também valorizam o aprendizado com educadores ou preceptores de outra categoria como estratégias possíveis para desenvolver as habilidades

colaborativas, como o desta médica obstetra que descreve sua experiência com a residência multiprofissional:

“[...] a minha experiência como residente foi muito positiva com a equipe multidisciplinar, a gente tinha uma residência em saúde da mulher multiprofissional, então a gente não tinha só enfermagem mas também tinha fisioterapia, psicologia, a gente passou três anos juntos e já vai fazer dez anos que a gente terminou e eu continuo tendo muita confiança naquelas pessoas que foram residentes comigo[...]” (Participante do Grupo 2)

E desta enfermeira obstétrica que atua em uma unidade em que os residentes de medicina em obstetrícia aprendem sobre parto de risco habitual com as enfermeiras obstétricas:

[...]o residente [de medicina] do primeiro ano entra em todos os partos com a nossa condução. Então ele presencia quais são os diferenciais de se assistir a um parto que você espera, que você leva a mulher pra banheira, que você faz um spinning babies¹⁰, que você oferece técnicas de alívio da dor que não são medicalizadas, farmacológicas, e eles tem mais liberdade de atuar ali. Então eles conseguem acreditar dentro da formação deles que é possível nascer dessa maneira, quando a mulher tem um histórico que é favorável a isso e ela tá evoluindo de uma maneira fisiológica. Ele consegue acreditar nisso” (Participante do Grupo 2)

A especialização em obstetrícia sob a perspectiva da EIP tem sido objeto de pesquisa em países como Canadá, Austrália, Reino Unido e sobretudo nos Estados Unidos^{18,100,107,116,121} onde são realizados estudos e atividades de EIP em saúde consolidadas há mais de três décadas¹¹⁶, com resultados positivos para experiências de atividades pedagógicas que integram médicos e enfermeiras em campo de prática e sala de aula durante os programas de especialização e residência.^{109,116,133,134} Os resultados de dois estudos recentes que desenvolveram oficinas de simulação de aprendizagem interprofissional entre cursos de medicina e enfermagem em obstetrícia nos Estados Unidos e Austrália mostraram que, ao participarem de atividades com interação interprofissional, os estudantes puderam potencializar habilidades de comunicação e

¹⁰ Spinning Babies® é uma abordagem para o parto desenvolvida pela enfermeira obstétrica norte-americana Gail Tully. Amparado em conhecimentos de anatomia e fisiologia do nascimento aliados a tecnologias não invasivas, o método propõe atividades que combinam equilíbrio, gravidade e movimento e podem ser realizadas durante o pré-natal e o trabalho de parto com o objetivo de estimular a flexibilidade da pelve da mulher, proporcionando mais conforto para ela e facilitando a rotação do bebê.

fortalecer a confiança no trabalho em equipe, conhecer o escopo de prática da outra categoria, e desenvolveram apreciação pela prática interprofissional^{133,134} Estudo canadense que avaliou a percepção de médicos residentes que tiveram enfermeiras obstétricas como professoras ou preceptoras e atividades integras por meio de cenários baseados em casos, avaliações de pares, painéis de discussão e exercícios de simulação demonstrou resultados positivos nas atitudes dos profissionais em relação a outra categoria.¹¹⁶ Muitas são as metodologias e estratégias pedagógicas possíveis para a promoção da EIP, mas segundo Lima⁹⁸ et al, metodologias que requerem que os estudantes tenham uma participação ativa no processo ensino-aprendizagem, fixando objetivos educacionais, planejando e construindo projetos de intervenção favorecem a identificação de conexões e pontes entre os eixos simulado e prática real e entre as perspectivas das diversas profissões, propiciando a construção de novos saberes e práticas. O *Center for Advancement of Interprofessional Education (Caibe)* conta com um acervo de publicações¹³⁵ destinadas a orientar profissionais e educadores que desejem implementar a EIP. Um conjunto de métodos de aprendizagem adaptado por Barr et al¹²⁶ para o *Caibe* dialogam com o que é descrito na literatura e com as narrativas dos participantes desta pesquisa e compreendem aprendizagem baseada em casos, baseada em problemas, baseada na observação, baseada em simulação, baseada na experiência prática, entre outros. O autor observa que nenhum método é melhor que outro, e que devem ser adaptados de modo a se adequarem as necessidades de cada grupo. De um modo geral devem ser:

“[...] ativos, interativos, reflexivos e centrados na pessoa, focados no usuário, criando oportunidades para comparar e contrastar funções e responsabilidades, poder e autoridade, ética e códigos de prática, conhecimento e habilidades para construir relações eficazes entre as profissões e para desenvolver e reforçar habilidades para a prática colaborativa.”¹²⁶(p.7)

Para Avery et al¹⁰⁹, integrar residentes de enfermagem obstétrica e residentes de obstetrícia e ginecologia juntos em vários cenários permite que os alunos já iniciem o trabalho em colaboração em seus respectivos programas educacionais, incentivando não só o aprendizado mútuo, mas o aprendizado com as mulheres e famílias a quem prestam assistência e o trabalho em prol de objetivos comuns. Conforme descrevem Lima et al⁹⁸, as interações produzidas do encontro entre profissionais e destes com as pessoas que são objeto do cuidado em cenários reais mobilizam “saberes, intencionalidades, valores e concepções, para além do domínio de conhecimentos e técnicas que fundamentam o exercício de cada profissão” (p.1556).

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões produzidas por esta pesquisa reforçam a implementação da EIP como estratégia para promover a colaboração interprofissional campo obstétrico, em consonância com movimento internacional que já vem acontecendo nesse sentido. Contudo, os mesmos resultados que nos permitiram percorrer o caminho para o desenvolvimento de competências colaborativas para a formação interprofissional de residentes em obstetrícia, revelaram a necessidade de ampliar o debate acerca de questões relacionadas a cultura das relações profissionais entre medicina e enfermagem a partir das particularidades do cenário obstétrico brasileiro. Compreender como poder, hierarquia, autonomia e desigualdades econômicas, sociais e de gênero operam no convívio entre esses profissionais e analisar a percepção que uns tem dos outros são aprofundamentos que ainda se fazem necessários para construir um conhecimento sobre o perfil das relações no campo obstétrico brasileiro. Também é preciso ter a consciência de que investir na EIP é uma das vias para promover a prática colaborativa, sendo parte de um processo que se delinea ao longo do tempo e é atravessado pelo contexto cultural, social, político e econômico e, portanto, demanda iniciativas em múltiplos âmbitos.

A matriz de competências colaborativas proposta por esta pesquisa é uma destas iniciativas e acreditamos ser um primeiro passo importante para fortalecer a EIP e a prática colaborativa entre estudantes que irão atuar na assistência ao parto e nascimento, contribuindo para a integralidade da assistência, aspecto fundamental do nosso Sistema Único de Saúde, e produzindo resultados diretos em qualidade e segurança para mulheres, recém-nascidos e famílias.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*. 1985;436–7.
2. Rocha JA, Novaes PB. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. *120 FEMINA | Março 2010 | vol 38 | n° 3*. 2010;
3. WHO. Care in Normal Birth: A Practical Guide. *Birth*. 1997;24(2):121–3.
4. WHO, UNICEF, UNFPA, Group WB, Nations U. Trends in Maternal Mortality : 2000 To 2017. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2019. 104 p.
5. Federal D, Covid- F, Covid- UTI. Observatório Covid-19 20. 2021;
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA N° 569, DE 1° DE JUNHO DE 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília (Brasil) [Internet]. 2000. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF; 2004.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA N° 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. [Internet]. 2011 p. 1–9. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
9. Velho MB, Oliveira ME de, Santos EKA dos. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010;63(4, Julho-Agosto):652–9.
10. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(3):699–705.
11. Homer CSE, Friberg IK, Dias MAB, Ten Hoop-Bender P, Sandall J, Speciale AM, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *The Lancet*. 2014;384(9948):1146–57.
12. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(4):1059–68.
13. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet* [Internet]. 2014;384(9948):1129–45.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998 [Internet]. 1998 p. 1–3. Available at: <http://www.abenforj.com.br/site/arquivos/outros/Portaria 2.815.pdf>
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 985, de 05 de agosto de 1999. Dispõe sobre a criação do Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. 1999.
16. Vic, AF de. Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no Sistema Único de Saúde. Dissertação (mestrado). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2017.
17. Leal, M. C.; Gama SG. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento [Internet]. Fiocruz. 2014. p. 1–8.
18. Chang Pecci C, Mottl-Santiago J, Culpepper L, Heffner L, McMahan T, Lee-Parritz A. The Birth of a Collaborative Model. *Obstetricians, Midwives, and Family Physicians* [Internet]. Vol. 39, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2012. p. 323–34.
19. Vogt SE, Silva KS da, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014;48(2):304–13.
20. Downe S, Finlayson K, Fleming A. Creating a collaborative culture in maternity care. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2010;55(3):250–4.
21. Matuda CG, Aguiar DM de L, Frazão P. Cooperação interprofissional e a reforma sanitária no Brasil: Implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saude e Sociedade*. 2013;22(1):173–86.
22. Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petsios K. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*. 2014;28(6):526–33.
23. Vilela RQB, Amado E. Educação interprofissional e prática colaborativa em terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. *Brazilian Applied Science Review*. 2018;2(4, Edição Especial):532–49.
24. Henneman EA, Ccrn RM, Leernphdcs J, Cohen Rnmn JI. Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing fournal of Advanced Nursing*. 1995;21(21):103–9.
25. OMS. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa [Internet]. 2010. 62 p. Available at: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/
26. Opoku DK. Does interprofessional co-operation matter in the care of birthing women? *Journal of Interprofessional Care*. 1992;6(2):119–25.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. APICEON- Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia [Internet]. Vol. 1, Ministério da

- Saúde, Secretária de Atenção à Saúde Brasil. 2017 [citado 10 de fevereiro de 2020]. Available at: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>
28. Matuda CG, Pinto NR da S, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(8):2511–21.
 29. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*. 2005;19(SUPPL. 1):116–31.
 30. Costa MV da. A Potência da Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: Toassi (Org.) RFC, organizador. *Série Vivência em Educação na Saúde • Vol06 Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? REDE UNIDA*; 2017.
 31. Fonsêca RM da. Educação Interprofissional em Saúde e o Desenvolvimento de Competências Colaborativas na Formação em Enfermagem e Medicina. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde; 2018.
 32. Rossit RAS, Freitas MA de O, Batista SHS da S, Batista NA. Constructing professional identity in interprofessional health education as perceived by graduates. *Interface: Communication, Health, Education [Internet]*. 17 de maio de 2018;22(suppl 1):1399–410.
 33. Barr H. Interprofessional Education. The genesis of a Global Movement. *Interprofessional Care*. 2015. 1–50 p.
 34. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]*. 10 de julho de 2018;22(suppl 1):1325–37.
 35. Michel C, Olsson TO, Toassi RFC. Educação Interprofissional em Saúde: análise bibliométrica da produção científica nacional. *Revista da ABENO*. 2019;19(4):78–90.
 36. Baquião AP de SS, Almeida BC de, Silva LGR, Peres RS, Grincenkov FR dos S. Educação Interprofissional em Saúde: Revisão Integrativa da Literatura Brasileira (2008-2018). *Revista Psicologia e Saúde*. 26 de fevereiro de 2021;
 37. Maia MB. Humanização do parto política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2010. 189 p.
 38. MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa [Internet]. São Paulo, Nova Geração. 2005 [citado 19 de outubro de 2020]. Available at: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/colaborar/>

39. Thomson AM, Perry JL, Miller TK. Conceptualizing and Measuring Collaboration. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 2009;19(1):23–56.
40. Wood DJ, Gray B. Toward a Comprehensive Theory of Collaboration. *The Journal of Applied Behavioral Science*. 1991;27(2):139–62.
41. Thistlethwaite J, Jackson A, Moran M. Interprofessional collaborative practice: A deconstruction. *Journal of Interprofessional Care*. 2013;27(1):50–6.
42. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009;(3).
43. Coluccio M, Maguire P. Collaborative practice: becoming a reality through primary nursing. *Nursing administration quarterly* [Internet]. 1983;7(4):59—63.
44. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework [Internet]. Health San Francisco. 2010. 1–32 p. Available at: www.cihc.ca
45. Ferla AA, Toassi RFC. Formação Interprofissional em Saúde: Um Caminho a experimentar e pesquisar. In: Toassi (org.) RFC, organizador. *Série Vivência em Educação na Saúde • Vol06 Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? REDE UNIDA*; 2017. p. 102.
46. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis* [Internet]. 2018;28(3):280310.
47. Romijn A, Teunissen PW, De Bruijne MC, Wagner C, De Groot CJM. Interprofessional collaboration among care professionals in obstetrical care: Are perceptions aligned? *BMJ Quality and Safety* [Internet]. 2018;27(4):279–86.
48. Commission J. Preventing infant death and injury during delivery. [Internet]. Vol. 24, Joint Commission perspectives. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2004. p. 14–5. Available at: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-issue-30-preventing-infant-death-and-injury-during-delivery/>
49. Reime B, Klein MC, Kelly A, Duxbury N, Saxell L, Liston R, et al. Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* [Internet]. 2004;111(12):1388–93.
50. Vogt SE, Silva KS da, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev Saude Publica*. 2014;48(2):304–13.
51. FREETH D. Multidisciplinary Obstetric Simulated Emergency Scenarios (MOSES): Promoting Patient Safety in Obstetrics with Teamwork-Focused Interprofessional Simulations. *Journal of continuing education in the health professions*. 2008;28(3):157–64.

52. Pereira RM, Fonseca G de O, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafra RA. New childbirth practices and the challenges for the humanization of health care in southern and southeastern Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2018;23(11):3517–24.
53. Simpson KR, James DC, Knox GE. Nurse-physician communication during labor and birth: Implications for patient safety. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2006;35(4):547–56.
54. Reiger KM, Lane KL. Working together: collaboration between midwives and doctors in public hospitals. *Australian Health Review* May. 2009;33(2).
55. Peduzzi M. Educação Interprofissional Para o Desenvolvimento de Competências em Saúde. In: Toassi (Org.) RFC, organizador. *Série Vivência em Educação na Saúde • Vol06 Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Rede Unida. 2017.
56. Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. *Caderno FNEPAS*. 2012;2.
57. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface: Communication, Health, Education*. 2016;20(56):185–96.
58. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update) [Internet]. Vol. 2013, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013
59. Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*. 1998;12(2):181–7.
60. Santos WS dos. Organização curricular baseada em competência na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. março de 2011;35(1):86–92.
61. Dias HS, Lima LD de, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(6):1613–24.
62. Costa DAS, da Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. National curriculum guidelines for health professions 2001-2004: An analysis according to curriculum development theories. *Interface: Communication, Health, Education*. 2018;22(67):1183–95.
63. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM da, Souza GC de. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013;47(4):977–83.
64. Ceccim RB. Interprofissionalidade e Experiências de Aprendizagem : inovações no cenário brasileiro. In: Toassi (Org.) RFC, organizador. *Série Vivência em Educação na Saúde • Vol06 Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Rede Unida. 2017.

65. Campelo G de O, Santiago MLE, Moura TNB de, Freitas CASL. O sentido da novidade: por que a residência multiprofissional em saúde da família foi diferente da graduação? In: Ferla (Org) AA, Rossoni, Pasini VL, Sonaglio RG, organizadores. Série vivências em educação e saúde - Residências e a Educação e Ensino da Saúde: Tecnologias Formativas e o Desenvolvimento do Trabalho. REDE UNIDA; 2017.
66. Frota AOQM, Neto FT de P, Silva MMS da, Silva LCC da, Netto JJM. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e PRÓ-PET-Saúde: Contribuições para o trabalho na Estratégia Saúde da Família. In: Ferla (Org) AA, Rossoni, Pasini VL, Sonaglio RG, organizadores. Série vivências em educação e saúde - Residências e a Educação e Ensino da Saúde: Tecnologias Formativas e o Desenvolvimento do Trabalho. 2017.
67. Barbosa PM. Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica na Modalidade de Residência (Rio de Janeiro, 2004 a 2006) [Internet]. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.; 2015.
68. BRASIL. Câmara dos Deputados. Centro de Informação e Documentação. DECRETO Nº 80.281, DE 5 DE SETEMBRO DE 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. [Internet]. 1977. Available at: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-norma-actualizada-pe.pdf>
69. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. RESOLUÇÃO CNRM Nº 02 /2006, de 17 de maio de 2006 Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. [Internet]. 2006. Available at: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=100951-resolucao-cnrm-n-2-de-17-de-maio-de-2006&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192
70. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-259/2001 Estabelece padrões mínimos para registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem. [Internet]. Available at: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2592001_4297.html
71. BRASIL. Presidência da República., Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. [Internet]. 2005. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm
72. BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, DE 12 DE Novembro de 2009 [Internet]. 2009. Available at: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192. Acesso em 12/12/2020

73. Filho SBS, Souza K ventura de. Formação em Enfermagem Obstétrica para o Trabalho em equipe: referenciais avaliativos e de análise-intervenção na organização e gestão do trabalho. In: Souza (Org.) KV de, Vallerini SBSFJMA do CAPLG, organizadores. Caderno do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica com foco na atenção ao parto e nascimento: qualificação dos processos de cuidado e de gestão (CAEO/PN/APICEON) [Internet]. Escola de Enfermagem da UFMG; 2019. p. 112.
74. Silva GF e, Moura MAV, Martinez PA, Souza ÍE de O, Queiroz ABA, Pereira AL de F. A formação na modalidade residência em enfermagem obstétrica: uma análise hermenêutico-dialética. Escola Anna Nery. 2020;24(4):1–8.
75. Jardim DMB, Lima DR, Reis GM dos, Menezes FR, Mercês AFM. Residência em Enfermagem Obstétrica no Hospital Sofia Feldman: Uma estratégia de formação no e para o Sistema Único de Saúde. In: Ferla (Org) AA, Rossoni CMFRAPFDE, Pasini VL, Sonaglio RG, organizadores. SÉRIE VIVÊNCIAS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE - Residências e a Educação e Ensino da Saúde: Tecnologias Formativas e o Desenvolvimento do Trabalho. REDE UNIDA; 2017.
76. BRASIL. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução N° 3, DE 8 DE ABRIL DE 2019 Dispõe a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. [Internet]. 2019. Available at: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=111461-03-resolucao-n-3-de-8-de-abril-de-2019-ginecologia-e-obstetricia&category_slug=abril-2019-pdf&Itemid=30192
77. BRASIL. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior. RESOLUÇÃO N° 3, DE 8 DE ABRIL DE 2019 Dispõe a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. [Internet]. Diário Oficial da União 2019 p. 1–6. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9745.htm#art13%0Ahttp://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp166.htm#art2
78. ICM. Competências essenciais para o exercício da obstetrícia por obstetizes edição 2018 [Internet]. [citado 24 de maio de 2021]. Available at: <https://www.internationalmidwives.org/our->
79. Romão GS, Sá MFS de. A formação orientada por competências e a matriz de competências em Ginecologia e Obstetrícia no Brasil. Femina. 2019;47(3):146–51.
80. FEBRASGO. Matriz de competências em ginecologia e obstetrícia versão 2. 2019.
81. ICM. Essential Competencies for Midwifery Practice 2018 Update. International Confederation of Midwives [Internet]. 2018;32(2):13. Available at: <http://w3.bgu.ac.il/lib/customproxy.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=43594828&site=eds->

live&authtype=ip,uid&custid=s4309548&groupid=main&profile=eds

82. CLAP/OPAS/OMS. Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia Centro Latino-americano de Perinatologia e Saúde da Mulher e Reprodutiva CLAP/SMR [Internet]. 2014 [citado 20 de outubro de 2020]. Available at: <http://perinatal.bvsalud.org/>
83. Herdy V, Kleyde A, De Souza V, Cristina V, Marques A, Brasília B. Recomendações Sobre a formação em Enfermagem Obstétrica. [Internet]. 2013 [citado 19 de outubro de 2020]. Available at: www.portalcofen.gov.br
84. COFEN. – RESOLUÇÃO COFEN Nº 516/2016 – ALTERADA PELA RESOLUÇÃO COFEN Nº 524/2016 Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 18 de outubro de 2020]. Available at: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html
85. Felcher C, Ferreira A, Folmer V. Da Pesquisa-ação à Pesquisa Participante: discussões a partir de uma investigação desenvolvida no facebook. *Experiências em Ensino de Ciências*. 2017;12(7):1–18.
86. GOMES R et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA ER de, organizador. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 185-221.
87. Suely Ferreira Deslandes. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: Minayo MC de S, organizador. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ. Ed. Vozes: Vozes; 2007.
88. Minayo MC de S, Assis SG de, Souza ER de. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Editora FIOCRUZ; 2005.
89. Marcondes NAV, Brisola EMA. Análise Por Triangulação De Métodos: Um Referencial Para Pesquisas Qualitativas. *Revista Univap*. 2014;20(35):201.
90. Lorenzini E. Pesquisa de Métodos mistos nas Ciências da Saúde. *Revista CUIDARTE* [Internet]. 2017;8(2):1549.
91. Kripka RML, Scheller M, Bonotto D de L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de Investigaciones UNAD* [Internet]. 2015;14(14):55–73.
92. Pinheiro J, Farias T, Abe Lima J. Painel de Especialistas e Estratégia Multimétodos: Reflexões, Exemplos, Perspectivas. *Psico*. 2013;44(2):4.
93. Vinuto J. A Amostragem Em Bola De Neve Na Pesquisa Qualitativa: Um Debate Em Aberto. *Temáticas*. 2014;22(44):203–20.
94. Dewes JO. Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2013.

95. Kitzinger J. Grupos Focais. In: Pope C, Mays N, organizadores. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. Porto Alegre, Artmed; 2009.
96. GOMES R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo (Org.) MC de S, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Editora Vo. Petrópolis; 2007.
97. Ferreira SPA, Dias M da GBB. A leitura, a produção de sentidos e o processo inferencial. *Psicologia em Estudo*. 2004;9(3):439–48.
98. Lima VV, Ribeiro EC de O, Padilha R de Q, Mourthé Júnior CA. Challenges in the education of health professionals: An interdisciplinary and interprofessional approach. *Interface: Communication, Health, Education*. 2018;22(c):1549–62.
99. Edgar Morin. Por uma reforma do pensamento. In: Garamond, organizador. Pena-Vega A, Nascimento EP, organizadores O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro; 1999.
100. King TL, Laros RK, Parer JT. Interprofessional Collaborative Practice in Obstetrics and Midwifery [Internet]. Vol. 39, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2012. p. 411–22.
101. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018. 212 p. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
102. Gilbert ACB, Cardoso MHC de A, Wuillaume SM, Jung M de P. Discursos médicos em construção: um estudo com residentes em Obstetrícia/Ginecologia do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009;33(4):615–23.
103. Sanchez NR, Rodrigues CIS. Avaliação de um Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2020;44(2).
104. Quinlivan JA, Thompson CM, Black KI, Kornman LH, McDonald SJ. Medical and midwifery students: How do they view their respective roles on the labour ward? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2002;42(4):403–8.
105. – RESOLUÇÃO COFEN Nº 516/2016 – ALTERADA PELAS RESOLUÇÕES COFEN NºS 524/2016 E 672/2021 Conselho Federal de Enfermagem - Brasil [Internet]. [citado 28 de outubro de 2021]. Available at: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html
106. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. 2017. 53 p.
107. Smith DC. Midwife-Physician Collaboration: A Conceptual Framework for Interprofessional Collaborative Practice. *Journal of Midwifery and Women's*

- Health [Internet]. 2015;60(2):128–39.
108. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2008.
 109. Avery MD, Jennings JC, Germano E, Andrighetti T, Autry AM, Dau KQ, et al. Interprofessional Education Between Midwifery Students and Obstetrics and Gynecology Residents: An American College of Nurse-Midwives and American College of Obstetricians and Gynecologists Collaboration. *Journal of Midwifery and Women's Health* [Internet]. 2020;65(2):257–64.
 110. Interprofessional Educational Collaborative, Practice IC, Values U. Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: 2016 Update. *Interprofessional Education Collaborative* [Internet]. 2016;(May 2011):10–1.
 111. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface: Communication, Health, Education* [Internet]. 13 de maio de 2016;20(59):905–16.
 112. Michel Foucault. O nascimento da medicina social. In: Graal, organizador. *Microfísica do poder*. 25ª ed São Paulo; 2012. p. 143–70.
 113. Hotimsky SN, Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia * Humanization in the context of obstetric training. *Ciência & saúde Coletiva*. 2005;10(3):639–49.
 114. Waldman R, Kennedy HP, Kendig S. Collaboration in Maternity Care: Possibilities and Challenges [Internet]. Vol. 39, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2012. p. 435–44.
 115. Reis Neves IA, Maia MCW, Do Canto DF, De Souza VS, Santarém MD, De Oliveira JLC. Qualidade e segurança na assistência obstétrica: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 25 de março de 2021;15(1).
 116. Lefebvre K, Wild J, Stoll K, Vedam S. Through the resident lens: examining knowledge and attitudes about midwifery among physician trainees. *Journal of Interprofessional Care* [Internet]. 2018;
 117. Atallah AN, Castro AA. Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática. *Diagn tratamento* [Internet]. 1998;3(2):50–8.
 118. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Authors' reply. *BMJ*. 20 de julho de 1996;313(7050):170–1.
 119. Thiry-Cherques HR. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *Revista de Administração Pública*. 2006;40(1):27–53.
 120. Fauveau V, de Bernis L. “Good obstetrics” revisited: Too many evidence-based practices and devices are not used. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2006;94(2):179–84.

121. Rayburn WF, Jenkins C. Interprofessional Collaboration in Women's Health Care: Collective Competencies, Interactive Learning, and Measurable Improvement. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2021;48(1):1–10.
122. Davis BP, Clevenger CK, Posnock S, Robertson BD, Ander DS. Teaching the teachers: Faculty development in inter-professional education. *Applied Nursing Research*. 1 de fevereiro de 2015;28(1):31–5.
123. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres Brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saude Publica*. 2014;30(SUPPL1):17–32.
124. Côrtes CT, de Oliveira SMJV, dos Santos RCS, Francisco AA, Riesco MLG, Shimoda GT. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2018;26.
125. Matuda CG, Pinto NR da S, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2015;20(8):2511–21.
126. Barr H, Ford J, Gray R, Helme M, Hutchings M, Low H, et al. Interprofessional Education Guidelines [Internet]. 2017. 1–17 p.
127. Ely LI, Toassi RFC. Integration among curricula in health professionals' education: The power of interprofessional education in undergraduate courses. *Interface: Communication, Health, Education* [Internet]. 2018;22(suppl 2):1563–75.
128. da Costa MV, Borges FAA. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. *Interface: Communication, Health, Education*. 2015;19:753–63.
129. Capozzollo AA. Formação em comum de profissionais da saúde: experiência da Unifesp, Campus Baixada Santista. In: Toassi (Org.) RFC, organizador. *Série Vivência em Educação na Saúde • Vol06 Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Rede Unida. 2017.
130. Saad DEA, Riesco MLG. Autonomia profissional da enfermeira obstétrica. *Rev Paul Enferm* (Online). 2018;29(3):11–20.
131. Massari, MTR. Contribuições para o dimensionamento do obstetizes para a atenção ao parto e nascimento. Dissertação (mestrado). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2017.
132. Moreda KF, Cecagno D, Weykamp JM, Moura PMM, Biana CB, Porto AR, et al. Processo de tomada de decisão no trabalho em uma maternidade: vivências de enfermeiros *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. 2019;87(Suplemento):1–6.
133. Burns ES, Duff M, Leggett J, Schmied V. Emergency scenarios in maternity: An exploratory study of a midwifery and medical student simulation-based learning

- collaboration. *Women and Birth*. 2020;
134. Ogunyemi D, Haltigin C, Vallie S, Ferrari TM. Evolution of an obstetrics and gynecology interprofessional simulation-based education session for medical and nursing students. *Medicine*. 23 de outubro de 2020;99(43):e22562.
 135. CAIPE Publications - CAIPE [Internet]. [citado 4 de novembro de 2021]. Available at: <https://www.caipe.org/resources/caipe-publications>
 136. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3 ed. Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2009.
 137. Martins ACS, Silva LS. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71:725–31.
 138. Viana MF, Sette RDS, Botelho D, De Rezende DC, Poles K. Processo de Acreditação: uma análise de Organizações Hospitalares. *Rahis*. 2011;(6):35.
 139. ONA - Organização Nacional de Acreditação [Internet]. 2014 [citado 14 de setembro de 2020]. Available at: <https://www.ona.org.br/>
 140. Matta GC. Princípios e Diretrizes do Sistema Único De Saúde. Na corda bamba de sombrinha : a saúde no fio da história. 2010;247–55.
 141. BRASIL. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil [Internet]. 2020 p. 1. Available at: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT_NASF-AB_Previne_Brasil.pdf
 142. ANM. ANM – Academia Nacional de Medicina. Academia Nacional de Medicina [Internet]. 2020 [citado 26 de outubro de 2021]; Available at: <https://www.anm.org.br/jorge-fonte-de-rezende/>
 143. Tully G. *Spinning Babies: Guia de Consulta Rápida*. 1ª ed. São Paulo: Lexema; 2016.
 144. What is Spinning Babies? - A New Paradigm of Birth - Spinning Babies [Internet]. [citado 25 de outubro de 2021]. Available at: <https://www.spinningbabies.com/about/what-is-spinning-babies/>

APÊNDICES

Apêndice 1 – TCLE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA E ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA PARA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Danielle Menezes da Silva – dmsenf24@gmail.com

Corina Helena Figueira Mendes - corimendes@gmail.com

**Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Av. Rui Barbosa, 716 - Flamengo
Rio de Janeiro - RJ, 20021-140.**

Você está convidada/o a participar do projeto de pesquisa “Educação interprofissional de residentes de medicina e enfermagem em obstetrícia para atenção ao parto e nascimento”, por apresentar expertise acadêmica e/ou profissional sobre o tema abordado e se enquadrar em um dos perfis de especialistas definidos para este estudo, sendo, portanto, capaz de contribuir imensamente para esse trabalho.

O objeto desse projeto justifica-se pela importância de se discutir a formação de residentes em obstetrícia no Brasil com o intuito de favorecer o desenvolvimento de práticas colaborativas na atenção ao parto e nascimento. Para isso, esta pesquisa propõe, a partir do marco da Educação Interprofissional em Saúde, refletir de forma participativa para a elaboração de competências colaborativas no processo de formação de residentes em obstetrícia.

O objetivo da pesquisa é construir uma matriz lógica de competências colaborativas para a formação interprofissional de residentes de medicina em obstetrícia e enfermagem obstétrica para a atenção ao parto e nascimento no Brasil.

As análises feitas a partir das informações desse estudo poderão contribuir para melhorar a qualidade da formação oferecida a profissionais médicos em obstetrícia e enfermeiras obstétricas que atuam diretamente na atenção ao parto, fornecer subsídios para elaboração de políticas e suscitar novos estudos sobre a temática, além de contribuir indiretamente para a mudança no modelo assistencial.

Caso consinta, você será convidada/o a participar de no mínimo um e no máximo dois encontros com as pesquisadoras e outras/os participantes consideradas/os como especialistas para efeito desse estudo. Você será informada/o previamente sobre quem serão as/os demais convidadas/os, podendo se retirar do estudo antes dos encontros se o desejar sem que seja preciso justificar-se. Os encontros são etapas da técnica chamada Painel de Especialistas. O uso da técnica visa através de rodadas de reflexões, ponderações e argumentações que as/os participantes possam chegar a uma proposta sobre conteúdos relacionados ao objeto da pesquisa para subsidiar a construção de uma matriz de competências.

Os encontros ocorrerão através de vídeo conferência pela plataforma *Zoom*, sendo tomadas medidas cabíveis para a garantia da segurança do encontro virtual. Sua participação será gravada e filmada, sendo posteriormente transcritas as falas de participantes e pesquisadoras.

A qualquer momento, você poderá solicitar a interrupção da gravação se sentir desconfortável com algo e solicitar que o conteúdo do vídeo e gravação de áudio em que você aparecer ou falar sejam apagados, sem que isso precise ser justificado para as/os demais participantes e para as pesquisadoras.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e se for seu desejo, você poderá retirar-se do estudo a qualquer momento. Da mesma forma, as pesquisadoras poderão retirá-la/o se julgarem necessário a continuidade da pesquisa, devendo ser explicado somente a você os motivos que levaram a esta decisão.

Caso você se sinta desconfortável sobre as temáticas discutidas ou a dinâmica do trabalho, as pesquisadoras se comprometem a oferecer escuta acolhedora, privada e sem julgamento sobre seu desconforto e a garantia sobre o sigilo do que seja conversado.

Pelas características da técnica, não é possível o anonimato e a confidencialidade sobre sua participação já que envolve uma dinâmica coletiva, mas garantimos o anonimato e confidencialidade sobre o conteúdo de qualquer material escrito

encaminhado as pesquisadoras, que poderão, se for o seu desejo, usar trechos desse material utilizando um codinome para que não ocorra sua identificação.

A literatura científica apresenta como um benefício para a/o participante do Painel de Especialista a oportunidade de refletir e argumentar sobre temas do interesse da/o participante com outras/os participantes num ambiente seguro, respeitoso e confortável pela mediação das pesquisadoras, de acordo com a adequado manejo da técnica que tem por objetivo produzir proposições sobre pontos por vezes tratados como divergentes no cotidiano das/os participantes.

O material gravado e transcrito dos encontros será utilizado somente para fins da pesquisa, não sendo permitida sua reprodução por outros meios digitais ou o uso da imagem das/os participantes.

Você receberá uma via idêntica deste documento assinada por uma das pesquisadoras do estudo.

Sua participação no estudo não implicará em nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) encontra-se à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; telefone: 2554-1730; fax: 2552-8491) assim como as pesquisadoras.

Eu, _____,
autorizo, voluntariamente, a minha participação nesta pesquisa. Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

Pesquisadora que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome _____

Assinatura _____

Apêndice 2

Competências obstétricas para atenção ao parto e nascimento classificadas em comuns e complementares segundo a classificação de Barr – proposição da pesquisadora

CLASSIFICAÇÃO	CATEGORIA PROFISSIONAL	DESCRIÇÃO
COMUNS (COMPETÊNCIAS COMUNS ÀS DUAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Demonstrar conhecimento sobre anatomia do assoalho pélvico, pelve, períneo, órgãos reprodutores femininos e bacia obstétrica. 2. Demonstrar conhecimento sobre mecanismos fisiológicos de desencadeamento e progressão do trabalho de parto. 3. Identificar o início e as etapas clínicas do trabalho de parto 4. Demonstrar conhecimento sobre rotinas e diretrizes de assistência ao cuidado intraparto baseadas em evidências científicas. 5. Realizar e interpretar exame físico da gestante e de posicionamento fetal. 6. Solicitar e interpretar exames laboratoriais, se necessário. 7. Realizar e interpretar métodos de monitorização da vitalidade fetal anteparto e intraparto. 8. Preencher adequadamente gráfico de avaliação de progressão do trabalho de parto (partograma) e identificar fatores impeditivos de progressão do trabalho de parto. 9. Usar gráfico de progressão de trabalho de parto para registrar achados e ajudar na detecção de complicações, como em casos de parto protraído (progresso lento do trabalho de parto), comprometimento fetal, exaustão materna, hipertensão e/ ou infecção. 10. Avaliar parâmetros de bem-estar materno e fetal. 11. Dominar a realização do toque vaginal para avaliação da bacia óssea, variedade de apresentação e dilatação cervical. 12. Identificar e manejar evolução eutócica e distócica do trabalho de parto. 13. Dominar a realização das manobras de assistência ao parto vaginal espontâneo. 14. Fornecer assistência individualizada, respeitosa, com informação, suporte, encorajamento à mulher e à sua rede

-
- de apoio ao longo do trabalho de parto e parto;
15. Encorajar liberdade de movimentos e posições verticais.
 16. Avaliar respostas físicas e comportamentais da mulher ao trabalho de parto.
 17. Evitar e prevenir intervenções de rotina desnecessárias como amniotomia, monitoramento fetal eletrônico, puxo dirigido com fechamento da glote e episiotomia.
 18. Demonstrar conhecimento sobre a IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) e sobre a importância das estratégias para o sucesso do aleitamento materno exclusivo, como contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora de vida (ainda na sala de parto).
 19. Avaliar a assistência nas complicações do pós-parto imediato como lacerações do trajeto.
 20. Avaliar as indicações para interconsulta e/ou abordagem multidisciplinar;
 21. Encorajar trabalho de parto e parto fisiológicos.
 22. Avaliar contratilidade uterina judiciosamente usando agentes farmacológicos e não-farmacológicos para prevenir trabalho de parto sem progressão.
 23. Avaliar possíveis complicações potenciais e tratamentos imediatos, tais como distócia de ombro, sangramento excessivo, comprometimento fetal, eclampsia e placenta retida.
 24. Obter histórico médico e obstétrico relevantes.

COMPLEMENTARES **ENFERMAGEM**
 (COMPETÊNCIAS **OBSTÉTRICA**
 ESPECÍFICAS DE CADA
 CATEGORIA
 PROFISSIONAL)

1. Fornecer alimentação e líquidos.
 2. Assegurar ambiente limpo, presença de materiais necessários e limpos e fonte de calor.
 3. Oferecer e apoiar a parturiente no uso de estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto, por exemplo: controle de respiração, imersão em água, relaxamento, massagem e, métodos farmacológicos quando necessário
 4. Avaliar condição imediata do recém-nascido.
 5. Prover cuidado ao recém-nascido imediatamente após o parto.
 6. Conhecer sistemas de escore para avaliação do recém-nascido.
 7. Identificar sinais que indicam imediata necessidade de ação para auxílio à transição do recém-nascido.
 8. Intervir para estabelecer respiração e circulação sanguínea do recém-nascido, de acordo com programas de treinamento, quando necessário.
-

	<ol style="list-style-type: none">9. Conhecer aparência e comportamento do recém-nascido saudável.10. Dominar método de avaliação de idade gestacional do recém-nascido (método Capurro).11. Conhecer necessidades dos recém-nascidos pequenos para idade gestacional e de baixo-peso.
MÉDICA OBSTÉTRICA	<ol style="list-style-type: none">1. Analisar e implementar as primeiras medidas nas complicações durante o parto.2. Demonstrar conhecimento sobre as indicações e contra-indicações da instrumentalização do parto (fórcipe e vácuo).3. Dominar a realização de parto cesárea de urgência.4. Dominar os diagnósticos das principais urgências em ginecologia e obstetrícia;5. Dominar a realização do acompanhamento e assistência ao trabalho de parto e parto de alto risco.6. Dominar a assistência em complicações intra-parto como sofrimento fetal agudo, prolapso de cordão e descolamento prematuro da placenta.7. Dominar a realização de partos instrumentalizados (fórcipe e vácuo)8. Dominar a realização do tratamento cirúrgico da hemorragia pós-parto (Técnica de B-LINCH, hysterectomia puerperal).9. Dominar o diagnóstico e tratamento das urgências e emergências de maior complexidade a nível hospitalar: prolapso de cordão, descolamento e/ou acretismo placentário, ruptura uterina, e sangramento puerperal refratário ao tratamento inicial10. Avaliar e reparar as perfurações ou ruptura uterina, lacerações vesicais e lacerações perineais de 3ª e 4ª graus.11. Dominar os diagnóstico das principais urgências em ginecologia e obstetrícia: emergências hipertensivas, eminência de eclampsia, eclampsia, sangramento obstétrico da primeira e segunda metade da gestação, choque, parada cardiorrespiratória, abdome agudo de origem infecciosa e hemorrágica, sepse, prolapso de cordão, descolamento placentário, sofrimento fetal agudo, ruptura uterina, distócias, sangramento puerperal, depressão e psicose puerperal, distúrbios endocrinológicos agudos (cetoacidose, hipoglicemia grave, crise tireotóxica).

Fonte: Matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, 2019; Competências Essenciais para o Exercício da Obstetrícia por Obstetrias, 2018; *Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education*, Barr, 1998.

Apêndice 3

Proposta de competências colaborativas para atuação de profissionais de medicina e enfermagem para atenção ao parto e nascimento - Formação modalidade residência - VERSÃO PRELIMINAR 1

COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS

Eixos de Competências

f) Clareza de papéis e responsabilidades

- 1 - Conhecer os papéis, responsabilidades e competências da enfermagem obstétrica e médica obstétrica, assim como de demais profissionais que compõem a equipe interprofissional de cuidados da saúde da mulher e do recém-nascido (doula, médica pediátrica e anestesista, fisioterapeuta, equipe técnica de enfermagem, obstetrix e outras).
- 2- Ser capaz de descrever seu papel e dos demais profissionais na cena de parto e nascimento.
- 3 - Conhecer as limitações do seu escopo de prática profissional.

g) Cuidado centrado na mulher, no recém-nascido e na família

- 4 - Reconhecer a mulher gestante, parturiente ou puérpera como o centro do cuidado e da tomada de decisões no cenário de parto e nascimento.
 - 5 - Conhecer e incorporar a diversidade cultural, religiosa, valores e necessidades específicas da mulher gestante, parturiente ou puérpera na condução da assistência ao parto e nascimento.
 - 6 –Saber informar com linguagem e vocabulário adequado a mulher gestante, parturiente ou puérpera sobre os papéis e responsabilidades de cada profissional da equipe e sobre o compartilhamento do cuidado.
 - 7 – Saber como acessar habilidades complementares dos demais profissionais da equipe para otimizar a assistência a mulher gestante, parturiente ou puérpera.
-

h) Comunicação e transição de cuidados

8 – Saber informar com precisão e clareza, de forma compreensível e com linguagem apropriada a mulher gestante, parturiente ou puérpera e aos demais membros da equipe e estimular a discussão e tomada de decisão compartilhada.

9 – Desenvolver relações de confiança com a mulher gestante, parturiente ou puérpera e com os demais membros da equipe.

10 – Ouvir atentamente e acolher ideias e opiniões dos demais membros da equipe.

11 – Saber utilizar de forma clara, completa e legível as ferramentas de comunicação, verbais e não verbais (prontuário e partograma) com os membros da equipe;

12 – Saber reconhecer a importância da transição de cuidados entre membros da mesma equipe de profissionais e entre equipes de outras categorias profissionais.

i) Liderança colaborativa e resolução de conflitos

13 – Estabelecer liderança compartilhada e interdependente entre profissionais da enfermagem obstétricas e médica obstétrica quanto a assistência a mulher gestante, parturiente ou puérpera e a relação entre os demais membros da equipe.

14 - Responsabilizar-se individualmente por suas próprias ações, responsabilidades e funções, conforme explicitamente definido dentro de seu escopo profissional / disciplinar de prática.

15 – Facilitar a tomada de decisão, o processo de trabalho, as discussões e as interações entre os membros da equipe.

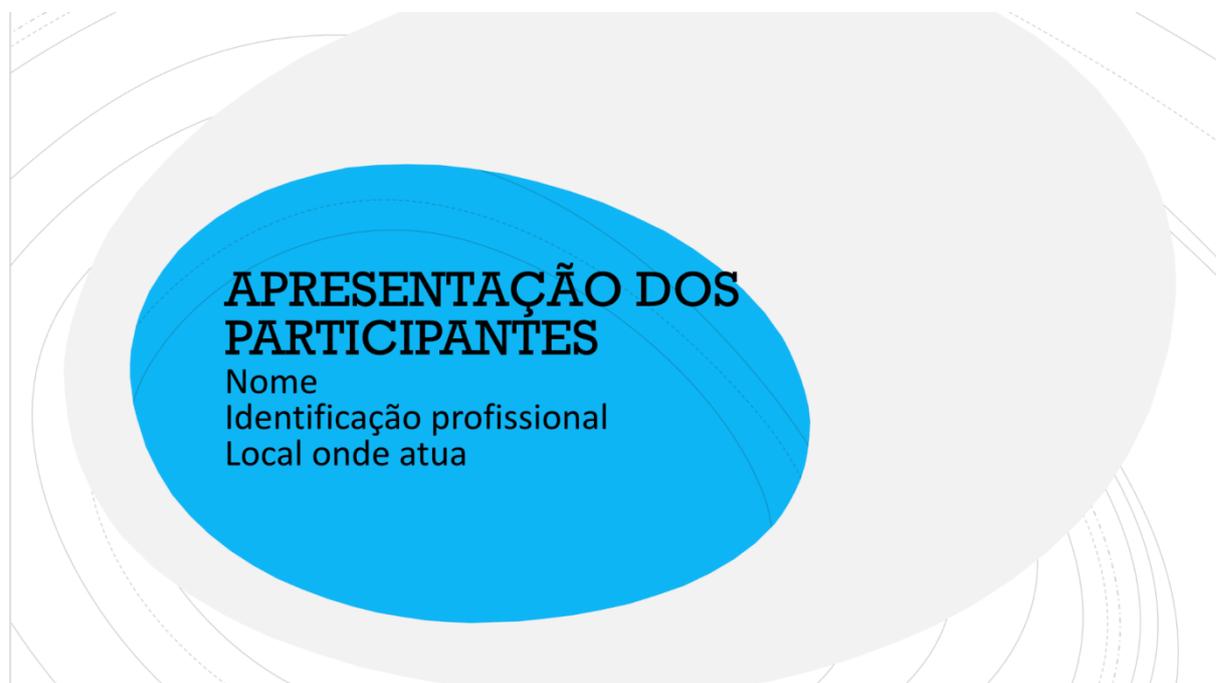
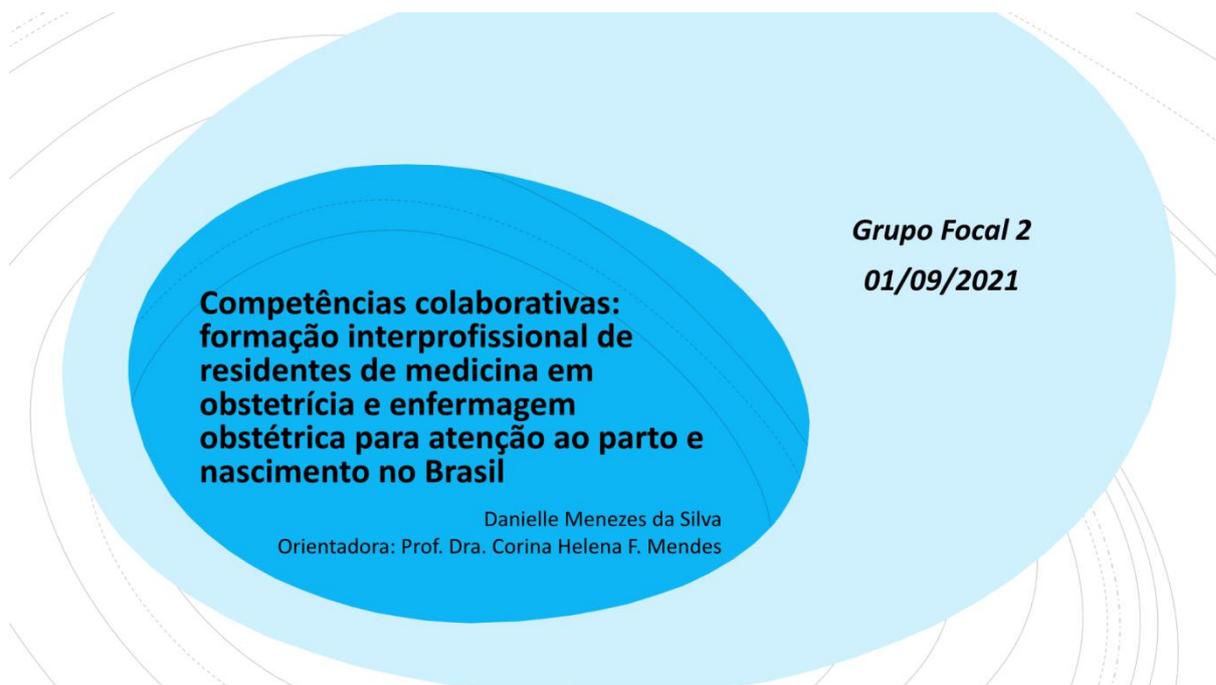
16 - Respeitar os pontos de vista dos demais membros da equipe, estimulando a expressão de diversas perspectivas e estabelecendo limites éticos e de confidencialidade nas relações da equipe.

17 – Construir objetivos comuns em equipe e atuar colaborativamente para alcançá-los.

j) Princípios da colaboração interprofissional

18 – Conhecer os princípios, valores, habilidades e atitudes necessárias para colaboração interprofissional efetiva.

Fonte: Matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, 2019; Competências Essenciais para o Exercício da Obstetrícia por Obstetizes, 2018; *Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education, 1998; A National Interprofessional Competency Framework, 2010; Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice, 2016; Interprofessional Education Between Midwifery Students and Obstetrics and Gynecology Residents: An American College of Nurse-Midwives and American College of Obstetricians and Gynecologists Collaboration, 2020; Midwife–Physician Collaboration: A Conceptual Framework for Interprofessional Collaborative Practice, 2015; Building a Conceptual Framework: Philosophy, Definitions, and Procedure, 2009; Collaboration in Maternity Care Possibilities and Challenges, 2012;*

Apêndice 4 - Material visual (slides) utilizado como roteiro para os grupos focais

Organização do Grupo

- Não é possível o anonimato, porém a confidencialidade do conteúdo deste grupo é assegurada pela pesquisadora; o grupo está sendo gravado para posterior transcrição do conteúdo;
- Os participantes poderão fazer comentários no chat da sala de reuniões;
- Não há respostas ou comentários certos ou errados. Todas as experiências e pontos de vistas compartilhados serão importantes para a construção do conhecimento;
- É importante que todos os participantes compartilhem sua opinião durante o debate.
- Pedimos que mantenham seus microfones desligados e ativem somente no momento de falar.
- Pedimos que abram a câmera no momento da fala.

Objetivo geral

Construir uma matriz lógica de competências colaborativas **para a formação interprofissional de residentes de medicina em obstetrícia e enfermagem obstétrica para a atenção ao parto e nascimento no Brasil.**

Objetivos específicos

1. **Discriminar as competências comuns e complementares** para a formação interprofissional de residentes de medicina em obstetrícia e enfermagem obstétrica.
2. **Propor uma lista de competências colaborativas** para a formação interprofissional de residentes de medicina em obstetrícia e enfermagem obstétrica para a atenção ao parto e nascimento.

O QUE BUSCAMOS ?

- ❖ Como promover e incentivar a prática colaborativa entre médicas obstetras e enfermeiras obstétricas a partir da formação durante a residência?
- ❖ Quais seriam as competências necessárias para que médicas obstetras e enfermeiras obstétricas atuem de forma colaborativa na atenção ao parto e nascimento?

Colaboração

“esforços de enfermeiras obstétricas e médicos entre si com o propósito de compartilhar funções e prestar cuidados seguros, recompensadores e eficazes às mulheres e suas famílias” (Downe, 2010, p.251)

Downe S, Finlayson K, Fleming A. *Creating a collaborative culture in maternity care*. Journal of Midwifery and Women's Health. 2010;55(3):250-4

Conceitos Principais

Educação Interprofissional

“ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde” (p.13)

“uma força de trabalho colaborativa preparada para a prática é uma maneira específica de descrever os profissionais de saúde que tenham recebido treinamento eficaz sobre educação interprofissional” (OMS, 2010, p.10)

OMS. *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa* [Internet]. 2010, 62 p

Competência

Define-se competência como a capacidade de mobilizar, articular e colocar em prática habilidades técnicas, conhecimentos, raciocínios, valores e comunicação para o desempenho eficiente e efetivo das atividades no trabalho.

Santos WS dos. *Organização curricular baseada em competência na educação médica*. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. março de 2011

Modelo de competências proposto por Barr



Comuns

Dizem respeito às práticas compartilhadas entre todas ou algumas profissões. Práticas que convergem ampliando o horizonte de atuação e podem configurar sobreposições entre as diferentes áreas



Complementares ou Específicas

São as que caracterizam a identidade profissional de cada categoria, diferindo-as das demais profissões e estabelecendo o limite para a prática.



Colaborativas

Dimensões de competência na qual cada profissão precisa colaborar dentro das suas próprias fileiras, com outras profissões, com não profissionais, dentro de organizações, entre organizações, com doentes e os seus prestadores de cuidados, com voluntários e com grupos comunitários.

Formulário de Competências

Competências comuns e complementares

- Foram reproduzidas conforme se lê nos documentos originais e agrupadas pela pesquisadora segundo a classificação de Barr, em **competências comuns (comuns as duas categorias profissionais) e complementares (específicas de cada categoria)**.
- Matriz de Competências – Ginecologia e Obstetrícia, Febrasgo, 2019
- Competências Essenciais para o Exercício da Obstetrícia por Obstetizes, Confederação Internacional de Obstetizes (ICM), 2018

Competências colaborativas

- 18 competências, agrupadas em 5 eixos principais e todas voltadas a capacitar os residentes para o trabalho colaborativo no campo obstétrico.
- Clareza** (avaliar se a frase foi escrita de forma clara e compreensível a todos os profissionais)
- Concordância** (avaliar se a competência está voltada para o desenvolvimento do trabalho colaborativo)
- Relevância** (avaliar a importância da competência e se é coerente com os objetivos da pesquisa).
- Sugestões para modificar ou reescrever.

1

CLAREZA DE PAPEIS E RESPONSABILIDADES

2

CUIDADO CENTRADO NA MULHER, NO RECÉM-NASCIDO E NA FAMÍLIA

3

COMUNICAÇÃO E TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

4

LIDERANÇA COLABORATIVA E RESOLUÇÃO DE CONFLITOS

5

PRINCÍPIOS DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Competências Colaborativas

Primeira Etapa

REFLEXÃO E DISCUSSÃO SOBRE TRABALHO COLABORATIVO



O que você
pensa sobre
essa
afirmação?

“A tensão entre os indivíduos surge quando as pessoas pisam no calcanhar de outras pessoas, uma vez que a "confusão de papéis" resulta em conflitos entre os membros da equipe, disfunção da equipe e esgotamento. Limites claros e descrições de funções podem ajudar a encontrar um equilíbrio, assim como focar nas necessidades de um paciente pode reduzir muitos limites profissionais percebidos. Muitos profissionais entendem que quanto mais 'sabem' sobre as funções de outros profissionais, mais eles saberão como operar e funcionar como uma equipe.” (van Digelle, et al, 2020, p. 2)

van Diggele et al. *Interprofessional education: tips for design and implementation*. BMC Medical Education 2020, 20(Suppl 2):455



O que é necessário para estabelecer uma relação de confiança entre os membros de uma equipe de saúde?

Que elementos levam você a confiar em outro profissional no seu ambiente de trabalho?

"[...] define o cuidado colaborativo centrado no paciente / cliente / família como uma "parceria entre uma equipe de profissionais de saúde e um paciente em que o paciente mantém o controle sobre seu cuidado e dispõe do conhecimento e habilidades dos membros da equipe para chegar a um plano de cuidados realista, compartilhado pela equipe. [...] os pacientes / clientes são vistos como especialistas em suas próprias experiências vividas e são fundamentais na formulação de planos realistas de cuidado. (CIHC, 2010, p. 13)

Canadian Interprofessional Health Collaborative. **A National Interprofessional Competency Framework**. Health San Francisco. 2010



Imagine que você está em uma maternidade em trabalho de parto ou como acompanhante. Já se passaram horas desde que foi admitida na unidade, você sente dores intensas, está exausta e sente apenas vontade de permanecer deitada. Após uma avaliação da evolução do seu trabalho de parto, uma das profissionais da equipe chega até você trazendo uma bola suíça e diz que você precisa levantar-se e fazer exercícios com a bola nesse momento.

O que você responderia?

“A colaboração interprofissional é o processo de desenvolvimento e manutenção de relações de trabalho interprofissionais eficazes com alunos, profissionais, pacientes / clientes / famílias e comunidades para permitir resultados de saúde ideais. Os elementos que estruturam a colaboração incluem:...”

Que elementos,
vem a sua cabeça
quando pensa em
trabalho
colaborativo?

ACESSAR <http://live.voxvote.com>
PIN: 164918

Segunda
Etapa

COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS



Competências Colaborativas

Você terá 15 minutos para avaliar as competências colaborativas através do formulário abaixo:

Aponte a câmera do seu celular para acessar o formulário



Retornaremos as 16 horas



1

CLAREZA DE PAPEIS E
RESPONSABILIDADES

2

CUIDADO CENTRADO NA
MULHER, NO
RECÉM-NASCIDO E NA
FAMÍLIA

3

COMUNICAÇÃO E
TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

4

LIDERANÇA COLABORATIVA
E RESOLUÇÃO DE
CONFLITOS

5

PRINCÍPIOS DA
COLABORAÇÃO
INTERPROFISSIONAL

Se você pudesse
eleger um dos eixos
de competências
como fundamental
para a formação dos
residentes, qual seria
e por que?

Comentários
finais dos
participantes



Apêndice 4

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA E ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA PARA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Pesquisador: DANIELLE MENEZES DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40765220.3.0000.5269

Instituição Proponente: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.469.442

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa trata da colaboração entre profissionais médicas e de enfermagem que atuam na atenção direta ao parto e nascimento, tendo como foco o processo de formação nos moldes de residência em obstetrícia. O objeto desse projeto justifica-se pela importância de se discutir a formação de residentes em obstetrícia no Brasil com o intuito de favorecer o desenvolvimento de práticas colaborativas na atenção ao parto e nascimento. Para isso, esta pesquisa propõe, a partir do marco da educação interprofissional em saúde, refletir de forma participativa para a elaboração de competências colaborativas no processo de formação de residentes em obstetrícia, além de discutir estratégias pedagógicas para desenvolvimento dessas competências durante o processo de formação. O percurso metodológico será baseado na triangulação de métodos, utilizando-se de levantamento documental e consulta a especialistas através de grupos focais e questionários. Espera-se que as análises feitas a partir das informações desse estudo possam contribuir para melhorar a qualidade da formação oferecida a profissionais médicas em obstetrícia e enfermeiras obstétricas que atuam diretamente na atenção ao parto, fornecer subsídios para elaboração de políticas e suscitar novos estudos sobre a temática, além de contribuir indiretamente para a mudança no modelo assistencial.

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 4.409.442

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver uma lista de competências colaborativas para a educação interprofissional de residentes de medicina e enfermagem em obstetria para a atenção ao parto e nascimento.

Objetivo Secundário:

1. Identificar competências comuns e complementares para a educação interprofissional de residentes de medicina e enfermagem em obstetria para a atenção ao parto e nascimento.
2. Definir competências colaborativas para a educação interprofissional de residentes de medicina e enfermagem em obstetria para a atenção ao parto e nascimento.
3. Discutir estratégias pedagógicas para o desenvolvimento das competências colaborativas na educação interprofissional de residentes de medicina e enfermagem em obstetria para a atenção ao parto e nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos associados a pesquisa estão relacionados a necessidade de reflexão do participante acerca do seu processo de trabalho e das relações interprofissionais, o que poderia gerar algum grau de ansiedade. Com o intuito de apoiar os participantes nessa situação, as pesquisadoras estarão a disposição durante as fases do estudo e na divulgação dos resultados para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Benefícios:

No que se refere aos benefícios de participar da pesquisa, a literatura científica apresenta como potencial benefício para a/o participante dos grupos focais a oportunidade de refletir e argumentar sobre temas de interesse da/o mesma/o com as/os demais participantes num ambiente seguro, respeitoso, confortável e ético pela mediação das pesquisadoras, de acordo com a adequado manejo da técnica que tem por objetivo produzir proposições sobre pontos por vezes tratados como divergentes no cotidiano das/os participantes. As análises feitas a partir das informações desse estudo poderão contribuir para melhorar a qualidade da educação profissional oferecida a médicas obstetras e enfermeiras obstétricas que atuam diretamente na atenção ao parto, fornecer subsídios para elaboração de políticas e suscitar novos

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@ff.fiocruz.br

Continuação do Parecer: 4.406.442

estudos sobre a temática, além de contribuir indiretamente para mudanças no modelo assistencial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto caracteriza-se como uma pesquisa participativa, baseada na triangulação de métodos. Essa pesquisa será realizada em duas etapas. A primeira consiste no levantamento e análise documental de textos normativos sobre as diretrizes que compõem o currículo de formação nos moldes de residência em obstetria para medicina e enfermagem. O objetivo é identificar as competências descritas no acervo de normativas dessas categorias profissionais com vistas a discriminar as competências comuns e as complementares para a formação interprofissional de residentes de medicina em obstetria e enfermagem obstétrica para a atenção ao parto e nascimento, assim como produzir subsídios para a formulação do material que será utilizado como roteiro na segunda etapa do estudo. A segunda etapa consistirá em consultas a especialistas sobre as competências comuns e complementares de cada categoria profissional, de acordo com o que está previsto em documentos normativos.

Após identificar tais competências, se buscará desenvolver um conjunto de competências colaborativas desejáveis a educação interprofissional de residentes de medicina e enfermagem da especialidade obstétrica e discutir estratégias pedagógicas para o desenvolvimento destas competências no período de formação. Para as consultas a esses especialistas se utilizará a técnica de grupo focal. Os especialistas convidados receberão previamente uma breve síntese do projeto com o objetivo de apresentar a pesquisa e elucidar conceitos centrais referentes aos temas que serão abordados, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 1), sendo solicitado que, ao aceitarem participar enviem o TCLE assinado à pesquisadora até uma semana antes da realização do grupo focal. Os grupos ocorrerão, separadamente, em cinco reuniões virtuais através da plataforma Zoom, com duração de duas a três horas, em dias e horários pré-estabelecidos. Os encontros serão gravados, imagem e som, sendo posteriormente transcritos. Na fase de consultas a especialistas através de grupos focais, por serem os encontros virtuais realizados através de plataforma de videoconferência, não será possível o anonimato, sendo este fato informado previamente aos convidados a participar da pesquisa e estando explícito no TCLE. Porém, os participantes poderão, mesmo após terem consentido, retirar-se do estudo a qualquer momento caso sintam-se desconfortáveis por quaisquer razões, sendo garantida a retirada de trechos em que o mesmo tenha se manifestado no encontro do conteúdo da dissertação e de possíveis publicações científicas.

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@ff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 4.466.442

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1-folha de rosto

2-carta de autorização da(s) chefia(s) de setor(es)/serviço(s) não será realizado no IFF

3-carta do Departamento de Pesquisa -ok

5-projeto original/brochura do pesquisador - ok/ pendência - ver pendência no campo Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações]

6-TCLE ok

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1674213.pdf	03/12/2020 18:31:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Textoprojeto_DMS.pdf	03/12/2020 18:30:46	DANIELLE MENEZES DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_dms.docx	03/12/2020 18:29:58	DANIELLE MENEZES DA SILVA	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	Carta_Aprovacao_DMS.pdf	01/12/2020 12:09:42	DANIELLE MENEZES DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_AutorizacaoOrientadora_CM.pdf	01/12/2020 12:07:06	DANIELLE MENEZES DA SILVA	Aceito
Declaração de concordância	Carta_AutorizacaoChefia.pdf	01/12/2020 12:06:15	DANIELLE MENEZES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DMS.docx	01/12/2020 11:47:37	DANIELLE MENEZES DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cspiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 4.409.442

RIO DE JANEIRO, 16 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Ana Maria Aranha Magalhães Costa
(Coordenador(a))

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br