



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – EEAP



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências – PPGENFBIO

Ana Carolina Ferreira Filipe

Percepção das Enfermeiras Obstetras quanto à sua Formação Profissional na Residência
sobre Abortamento e Óbito Fetal: Repercussões na Assistência de Enfermagem

Rio de Janeiro

2026

Ana Carolina Ferreira Filipe

Percepção das Enfermeiras Obstetras quanto à sua Formação Profissional na Residência
sobre Abortamento e Óbito Fetal: Repercussões na Assistência de Enfermagem

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do
Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem e Biociências da
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro,
como requisito para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Inês Maria Meneses dos Santos

Rio de Janeiro
2026

Catálogo informatizada pela autora

F483 Filipe, Ana Carolina Ferreira
Percepção das Enfermeiras Obstetras quanto à sua Formação
Profissional na Residência sobre Abortamento e Óbito Fetal:
Repercussões na Assistência de Enfermagem / Ana Carolina
Ferreira Filipe. -- Rio de Janeiro : UNIRIO, 2026.
105

Orientadora: Inês Maria Meneses dos Santos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e
Biociências, 2026.

1. Aborto. 2. Óbito Fetal. 3. Enfermagem Obstétrica. I.
dos Santos, Inês Maria Meneses, orient. II. Título.

Ana Carolina Ferreira Filipe

Percepção das Enfermeiras Obstetras quanto à sua Formação Profissional na Residência
sobre Abortamento e Óbito Fetal: Repercussões na Assistência de Enfermagem

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do
Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem e Biociências da
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro,
como requisito para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Data de Aprovação: 27/02/2026

BANCA EXAMINADORA:

Documento assinado digitalmente
 INES MARIA MENESES DOS SANTOS
Data: 28/04/2026 21:10:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Inês Maria Meneses dos Santos – Orientadora
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof.^a Dr.^a Juliana Amaral Prata – Primeira Examinadora
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Prof.^a Dr.^a Cristiane Rodrigues da Rocha – Segunda Examinadora
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof. Dr. Ricardo José Oliveira Mouta – Suplente Externo
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Prof.^a Dr.^a Vivianne Mendes Araújo Silva – Suplente Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a todas as mulheres que vivenciaram perdas gestacionais e não receberam um cuidado satisfatório, entendendo que esta pesquisa é, sobretudo, uma tentativa de incentivar a qualificação da assistência obstétrica, especialmente da enfermagem.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Código de Financiamento 001 – e da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por ter guiado os meus caminhos em direção à enfermagem obstétrica. É um verdadeiro privilégio ser uma mulher que cuida de outras mulheres. Levo a minha profissão e o meu cuidado como missão de vida, na tentativa de fazer a diferença na vida e nas histórias obstétricas das mulheres.

Aos meus pais, Valéria e José Carlos, por proporcionarem a mim e ao meu irmão, Gabriel, as condições privilegiadas de estudo que ambos não tiveram. Graças aos seus esforços incansáveis, hoje é possível que nós dois construamos as nossas trajetórias profissionais e realizemos os nossos sonhos. Tudo o que eu sou é reflexo do incondicional amor que recebo dos três.

Ao meu noivo, Yago, por ser colo, amor e companheirismo. Meu maior incentivador, que me impulsiona a alcançar o melhor de mim todos os dias e que contornou com maestria os meus momentos de tensão durante a confecção desta dissertação, mesmo a quilômetros de distância.

Às minhas amigas Ana Beatriz e Thaís, pelas diversas discussões que me motivaram a realizar este estudo. Me orgulho das enfermeiras obstetras que são.

Às minhas amigas e companheiras de assistência ao parto: Brenda e Daniella. Pela honra em compartilhar a luta pelo resgate do protagonismo da mulher no processo de parturição e pelo respeito à fisiologia.

Às amigas que construí ao longo do curso: Alessandra, Ingrid, Izabela, Lucas, Roberta, Sabrina e Tamara. Sem vocês enquanto rede de apoio, este processo não teria leveza.

Ao SUS e às universidades públicas, por terem me proporcionado uma formação profissional gratuita e de qualidade, pelos campos de atuação profissional riquíssimos em conhecimento e pelas experiências inesquecíveis. Viva o SUS! Viva as universidades públicas! Viva a ciência brasileira!

Agradeço, também, à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, por ter sido casa durante esses dois anos. Nela, conheci a minha orientadora, Doutora Inês Meneses, que me proporcionou conhecimentos de grande valor no campo acadêmico. Sou muito grata pela confiança depositada em mim desde o processo seletivo, pelo acolhimento e paciência.

Às Doutoradas Vivianne Mendes, Juliana Prata e Cristiane Rodrigues, e ao Doutor Ricardo Mouta, pela gentileza em aceitar o convite de compor a minha Banca Examinadora e pelas valiosíssimas contribuições que elevaram a qualidade deste trabalho.

E por fim, mas não menos importante, agradeço às enfermeiras obstetras que aceitaram participar da minha pesquisa, pela pronta disponibilidade e rica troca de experiências. Sem elas, inegavelmente, este estudo não seria possível.

FILIPPE, ANA CAROLINA FERREIRA. **Percepção das Enfermeiras Obstetras quanto à sua Formação Profissional na Residência sobre Abortamento e Óbito Fetal: Repercussões na Assistência de Enfermagem**. 2026. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2026.

RESUMO:

Introdução: As perdas gestacionais têm um grande potencial traumático. Por isso, o cuidado recebido nos serviços de saúde tem influência direta sobre o processo de construção e enfrentamento do luto. Entretanto, a literatura evidencia a insatisfação com a atenção despendida pelos profissionais de saúde e o seu despreparo para atender a este tipo de demanda. **Objetivos:** 1) conhecer a percepção das enfermeiras obstetras quanto à sua formação profissional nos moldes de residência sobre o abortamento e o óbito fetal e 2) descrever as repercussões no ensino sobre a assistência de enfermagem obstétrica às mulheres que vivenciam o abortamento e o óbito fetal. **Metodologia:** Estudo de abordagem qualitativa, pesquisa de campo de caráter exploratório e descritivo. Mediante aceite do CEP/UNIRIO com CAAE 84374624.1.0000.5285 e autorização em TCLE, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com 11 enfermeiras obstetras que tinham formação na modalidade de residência e que atuavam na assistência direta ao abortamento e ao parto normal. As participantes foram captadas através da técnica Bola de Neve, a coleta de dados foi finalizada a partir da sua saturação e eles foram tratados e discutidos através da Análise de Conteúdo Temático-Categorial. Os aspectos éticos obedeceram às resoluções previstas pelo CNS. **Resultados:** Emergiram duas categorias: 1) ensino teórico x ensino prático na residência sobre o abortamento e o óbito fetal a partir da percepção das enfermeiras obstetras e 2) a percepção das enfermeiras obstetras sobre a assistência de enfermagem às mulheres que vivenciam o abortamento e o óbito fetal. **Discussão:** As participantes referem que o segmento teórico da residência teve enfoque ao ensino da assistência ao trabalho de parto e parto de risco habitual e que o ensino sobre as perdas gestacionais convergiu para os saberes biomédicos e para a superficialidade dos cuidados às mulheres que as vivenciam, piorando a realização da busca autônoma de conhecimentos. Também não reconhecem o campo prático como um local promotor de ensinamentos, mesmo afirmando a sua crucialidade junto às preceptoras. Firmaram, ainda, uma ligação entre esta lacuna teórica com a repercussão durante a residência e para o seu exercício profissional já enquanto especialistas. Assim, demonstram perceber a pedagogia bancária como modelo ideal de ensino-aprendizagem durante a especialização e o evidente entendimento de que as salas de aula tradicionais são o único ambiente de aprendizado. Contrariando as políticas públicas que fomentam a formação profissional em enfermagem obstétrica, que incentivam a pedagogia libertadora para promover o desenvolvimento de atitudes que facilitem a mudança do modelo de assistência obstétrica. **Conclusão:** Os achados evidenciam um silenciamento institucional na abordagem das temáticas. Ao mesmo tempo em que se torna fundamental reconhecer a experiência das perdas gestacionais enquanto parte constitutiva da assistência obstétrica e incorporá-las nos projetos pedagógicos de maneira transversal, vislumbra-se impulsionar a sua problematização nos ambientes de especialização, de forma que desperte o interesse das residentes. Suscita-se, ainda, a proposição de estratégias que oportunizem a integração entre o ambiente acadêmico e os serviços de saúde, assim como a otimização da Educação Permanente enquanto estratégia para a formação de recursos humanos para o SUS.

Palavras-chave: Aborto; Morte Fetal; Ensino; Enfermagem Obstétrica; Saúde da Mulher.

FILIFE, ANA CAROLINA FERREIRA. **Obstetrics Nurses' Perceptions of the Nurse-Midwifery Specialization Course in the Residence Modality Concerning Abortion and Fetal Death: Implications for Nursing Care.** 2026. Dissertation (master's degree). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2026.

ABSTRACT:

Introduction: Pregnancy loss has a high traumatic potential, and therefore, the care received in health services has a direct influence on the process of constructing and coping with grief. However, the literature shows dissatisfaction with the attention given by health professionals and their lack of preparedness to meet this type of demand. **Objectives:** 1) to understand the perception of obstetric nurses regarding their professional training in residency programs concerning abortion and fetal death, and 2) to describe the repercussions on teaching about obstetric nursing care for women who experience abortion and fetal death. **Methodology:** Qualitative study, exploratory and descriptive field research. With the acceptance of the CEP/UNIRIO (Ethics Committee of the Federal University of Rio de Janeiro) under CAAE 84374624.1.0000.5285 and authorization in the Informed Consent Form, semi-structured individual interviews were conducted with 11 obstetric nurses who had completed residency training and were directly involved in assisting with abortion and normal childbirth. Participants were recruited using the snowball sampling technique, data collection was finalized upon saturation, and the data were analyzed and discussed using Thematic-Categorical Content Analysis. Ethical aspects adhered to the resolutions established by the National Health Council (CNS). **Results:** Two categories emerged: 1) theoretical vs. practical teaching on abortion and fetal death during residency, based on the perceptions of obstetric nurses, and 2) the perceptions of obstetric nurses regarding nursing care for women experiencing abortion and fetal death. **Discussion:** The participants stated that the theoretical segment of the residency program focused on teaching assistance during labor and low-risk deliveries, and that the teaching on pregnancy loss converged on biomedical knowledge and superficial care for women experiencing such losses, hindering the autonomous pursuit of knowledge. They also did not recognize the practical field as a place that promotes learning, even while affirming its crucial role for their preceptors in their own learning. Furthermore, they established a link between this theoretical gap and its repercussions both during the residency and in their professional practice as specialists. In this way, they demonstrate a perception of the banking model of education as the ideal teaching-learning model during specialization and a clear understanding that traditional classrooms are the only learning environment. This contradicts public policies that promote professional training in obstetric nursing, which encourage liberating pedagogy to foster the development of attitudes that facilitate a change in the model of obstetric care. **Conclusion:** The findings reveal an institutional silence in addressing these issues. While it is fundamental to recognize the experience of abortion and fetal death as a constitutive part of obstetric care and incorporate it transversally into pedagogical projects, it is also envisioned that there is a need to promote its problematization in specialization environments, in order to awaken the interest of residents. Furthermore, strategies are proposed to facilitate integration between the academic environment and health services, as well as the optimization of Continuing Education as a strategy for training human resources for the Brazilian Unified Health System (SUS).

Keywords: Abortion; Fetal Death; Education; Obstetric Nursing; Women's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES:

Figura 1 – Captação da Amostragem das Participantes.....	37
Quadro 1 – Perfil das Enfermeiras Obstetras Entrevistadas.....	43
Quadro 2 – Categorias Analíticas	99
Quadro 3 – Saturação das Entrevistas.....	102
Quadro 4 – Análise Categorical.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem

ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas

ÁpiceON – Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino de Obstetrícia e Neonatologia

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CFM – Conselho Federal de Medicina

DataSUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DNC – Diretrizes Curriculares Nacionais

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

EEAP – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery

FACENF/UERJ – Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde

IES – Instituição de Ensino Superior

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

NuPEEMC – Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança

ODS – Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAIMS – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral Saúde da Mulher

PSMI – Programa de Saúde Materno Infantil

PNH – Política Nacional de Humanização

PRONAENF – Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica

SGTES – Secretaria de Trabalho e da Educação em Saúde

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SUS – Sistema único de saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNICE – Tecnologias Não Invasivas de Cuidados de Enfermagem

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UR – Unidades de Registro

US – Unidades de Significação

UNPF – United Nations Population Fund

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO:

1) INTRODUÇÃO	15
1.1) TRAJETÓRIA DO ESTUDO.....	15
1.2) PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO	16
1.3) QUESTÕES NORTEADORAS	18
1.4) OBJETO DO ESTUDO.....	18
1.5) OBJETIVOS.....	18
1.6) JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	18
1.7) CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	20
2) REVISÃO TEMÁTICA.....	22
2.1) INTERFACES ENTRE A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E O MODELO DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL.....	22
2.2) CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NO BRASIL	27
3) METODOLOGIA.....	36
3.1) TIPO DE ESTUDO.....	36
3.2) PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	36
3.3) TÉCNICA DE CAPTAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	36
3.4) TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	39
3.5) TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS.....	40
3.6) ASPECTOS ÉTICOS: RISCOS E BENEFÍCIOS.....	41
4) RESULTADOS	43
4.1) CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	43
4.2) APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	44
4.3) CATEGORIA 1: ENSINO TEÓRICO X ENSINO PRÁTICO NA RESIDÊNCIA SOBRE O ABORTAMENTO E O ÓBITO FETAL A PARTIR DA PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS OBSTETRAS.....	45
4.3.1) Ensino Teórico sobre o Abortamento e o Óbito Fetal com Ênfase nos Saberes Biomédicos.....	45
4.3.2) Ensino Teórico com Enfoque da Assistência aos Processos de Gestação, Trabalho de Parto e Parto de Mulheres Classificadas como Risco Habitual.....	47
4.3.3) A Importância do Campo Prático para Suprir as Fragilidades do Ensino Teórico.....	48

4.4) CATEGORIA 2: A PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS OBSTETRAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES QUE VIVENCIAM O ABORTAMENTO E O ÓBITO FETAL.....	49
5) DISCUSSÃO.....	53
6) CONCLUSÃO.....	68
7) REFERÊNCIAS.....	70
ANEXOS.....	86
APÊNDICE A – CARTA CONVITE.....	86
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	87
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	88
APÊNDICE D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	92
APÊNDICE E – TERMO DE ANUÊNCIA DO NUPEEMC.....	98
APÊNDICE F – QUADRO SÍNTESE DAS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO.....	97
APÊNDICE G – QUADRO SÍNTESE DE SATURAÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	100
APÊNDICE H – QUADRO SÍNTESE DA ANÁLISE CATEGORIAL.....	105

1. INTRODUÇÃO:

1.1 TRAJETÓRIA DO ESTUDO:

Durante a minha graduação em enfermagem, entre os anos de 2014 e 2019, a temática da morte foi pouco abordada nas disciplinas obrigatórias, estando restrita aos cuidados de enfermagem pós-morte ou como resultado desfavorável de processos patológicos. Ao longo da disciplina que abordava saúde da mulher, o ensino sobre o abortamento e o óbito fetal tiveram um enfoque biologicista, no qual foram ministrados conteúdos relacionados aos cuidados de enfermagem voltados à assistência direta a estes quadros de saúde, incluindo as suas possíveis repercussões fisiopatológicas.

Foi notório o direcionamento do ensino dos cuidados de enfermagem baseados em evidências científicas, o que, inegavelmente, são primordiais para garantir a qualificação teórica e técnica dos profissionais em formação. Entretanto, pouco se falou sobre os aspectos psico-sócio-espirituais da atuação do profissional enquanto ser humano ao lidar com o processo de morte, incluindo os casos de abortamento e óbito fetal.

Ao concluir a graduação em enfermagem em 2019, me inseri num programa de pós-graduação *lato sensu* em enfermagem obstétrica nos moldes de residência. No decorrer do segmento teórico, novamente observei uma lacuna na abordagem dos aspectos necessários para que eu, enquanto mulher detentora de sentimentos, emoções e experiências próprias, aprendesse a lidar com situações de perdas gestacionais de modo que eu pudesse prestar uma assistência individualizada, com acolhimento e humanização.

Já no segmento prático, presenciei inúmeras situações de abortamento e óbitos fetais. Enquanto especialista em formação, observei que profissionais de saúde ao meu redor, tanto de nível técnico quanto de nível superior, lidavam com estas situações de maneira mecanizada. Muitas vezes, consequente da falta de empatia; outras, como mecanismos de defesa.

Conclui a residência no ano de 2021 e, já como enfermeira obstetra, atuo no centro obstétrico de uma maternidade de alto risco da Baixada Fluminense desde 2022. Lá, encaro inúmeros desafios a cada plantão. Seja na luta pela humanização da assistência obstétrica, com a retomada do protagonismo feminino no processo de parturição; ou na dificuldade de lidar com a dor de uma mulher que passa pelo processo de luto perinatal enquanto paciente sob os meus cuidados.

Desde o início da minha formação profissional na enfermagem obstétrica, são frequentes as discussões acerca da temática com colegas da área que, inclusive, compartilharam

experiências próprias nas quais passaram por situações de perdas gestacionais. A partir destas, emergiu a reflexão e o interesse em realizar um estudo com enfermeiras obstetras sobre como elas, enquanto egressas de programas de pós-graduação *lato sensu* em enfermagem obstétrica nos moldes de residência, percebem o ensino sobre abortamento e óbito fetal durante a sua formação profissional.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO:

O aborto espontâneo é definido como a interrupção da gestação até 20 a 22 semanas de evolução ou a expulsão do produto da concepção que pese até 500 gramas ou tenha estatura menor que 16 centímetros. Apesar de comum, na maioria dos casos a sua etiologia é desconhecida. Estima-se que de 15 a 20% das gestações sejam interrompidas espontaneamente até a sua 12ª semana (OLIVEIRA et al, 2023; ALVARENGA et al, 2023).

Já o óbito fetal, ocorre quando o feto com mais de 22 semanas ou peso maior que 500 gramas ou estatura maior que 16 centímetros evolui para a morte antes do seu completo nascimento, sendo denominado natimorto. Pode acontecer durante a gestação (anteparto) ou durante o trabalho de parto (intraparto) (VESCOVI e LEVANDOWISK, 2023).

Anualmente, a incidência de óbitos fetais a nível mundial é estimada em 2,6 milhões e 98% desses casos acontecem em países de baixa e média renda, estando relacionados a causas evitáveis. A carência de estudos sobre a atenção obstétrica nestes países é reflexo da atenção escassa dada às políticas públicas de saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, que desvalorizam a perda fetal (SERAFFIM et al, 2021).

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) do Ministério da Saúde (MS), tabulados por meio do TabNet *on-line*, em 2024 o Brasil registrou 2.705 casos de abortamento e 22.909 casos de óbitos fetais. Vale frisar que, neste mesmo ano, 1.455 notificações tiveram a idade gestacional ignorada, não podendo ser distinguida entre os tipos de perdas gestacionais. (TABNET, 2026)

A mortalidade fetal é um indicador de saúde utilizado para analisar as condições de vida e de acesso aos serviços de saúde e para medir a qualidade da assistência obstétrica ao pré-natal e puerpério (ROCHA et al, 2025). Nos países em desenvolvimento, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, as subnotificações e a baixa qualidade do cuidado são fatores agravantes que configuram a perda fetal como problema grave de saúde pública (VESCOVI e LEVANDOWSKI, 2023).

Apesar da tendência estacionária, ainda há um longo caminho para que os índices recomendados de mortalidade fetal sejam alcançados no Brasil. Tal fato revela falhas nas informações de registros e a necessidade de compreender que, além de garantir o acesso aos serviços de saúde, a atenção obstétrica deve, sobretudo, ser qualificada (SERAFIM *et al*, 2021).

Os profissionais da assistência obstétrica direta às perdas gestacionais têm papel crucial na oferta de uma assistência adequada às famílias que passam pelo luto perinatal. Em destaque às enfermeiras, que são profissionais de destaque no cuidado à beira leito. Este, se qualificado, pode facilitar o processo de elaboração e enfrentamento do luto destas famílias (SCHMALFUSS, MATSUE e FERRAZ, 2019).

Estudos alertam para a lacuna na abordagem do assunto durante a formação profissional na saúde. Os cursos parecem não contemplar o ensino de habilidades para um cuidado qualificado, com respeito aos direitos humanos e que abrange a complexidade dos diversos aspectos envolvidos na temática. Entretanto, espera-se que sejam estimuladas reflexões críticas quanto às perdas gestacionais, lançando mão de estratégias pedagógicas que possibilitem a formação humanista dos profissionais de saúde (BORGES, CLEMENTE e NETTO, 2020; SCHROETER e PEREIRA, 2019).

A literatura evidencia a insatisfação das famílias vítimas de perdas inesperadas com a atenção e o cuidado despendidos pelos profissionais de saúde. É relatado que o cuidado recebido não satisfaz as reais necessidades da mulher enlutada. Além do despreparo profissional para lidar com questões delicadas, a rotina provoca atitudes mecanicistas, que se transformam em influências negativas ao momento da perda (VESCOVI e LEVANDOWSKI, 2023; BORGES, CLEMENTE e NETTO, 2020; FERREIRA *et al*, 2021).

Analogamente, o espectro do abortamento permeia uma atmosfera fantasmagórica, de presença invisível e silêncio barulhento. Nos diversos cenários políticos e culturais nos quais o abortamento é estigmatizado, a vulnerabilidade da mulher que o vivencia entremeia situações de maus-tratos, negligência e assédios, reforçando as desigualdades de gênero, classe e raça no Brasil. Para alcançar a integralidade do cuidado à saúde sexual e reprodutiva com justiça, é preciso que o abortamento seja parte integrante das linhas de cuidado (BONAN *et al*, 2025).

Do mesmo modo, faz-se necessário ampliar a compreensão de que o óbito fetal não é apenas uma ocorrência clínica. É um fenômeno que revela vulnerabilidades sociais, econômicas e políticas que moldam a saúde materna e perinatal. Reconhecer a sua amplitude é primordial para garantir a visibilidade aos impactos nos indicadores perinatais e na vida das mulheres e de suas famílias (SERAFIM *et al*, 2021).

Ao contrário do esperado, baseando-se no que preconizam as políticas públicas de saúde no Brasil, é possível encontrar na literatura uma dicotomia: de um lado, os relatos de insatisfação das mulheres com o cuidado recebido nestas situações; do outro, relatos de profissionais que se sentem despreparados para atender este tipo de demanda.

O Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta grandes desafios para integralizar e qualificar a atenção à saúde das mulheres. Entretanto, é possível identificar cenários com potencial para efetivar uma mudança significativa através da implementação das boas práticas perinatais como política pública de saúde (CARVALHO, GÖTTEMS e GUILHEM, 2020).

1.3 QUESTÕES NORTEADORAS:

Diante dessa situação problema surgiram, então, as seguintes questões norteadoras:

- Qual é a percepção das enfermeiras obstetras quanto à sua formação profissional nos moldes de residência sobre o abortamento e o óbito fetal?
- Quais são as repercussões do ensino sobre a assistência de enfermagem obstétrica às mulheres que vivenciam o abortamento e o óbito fetal?

1.4 OBJETO DO ESTUDO:

Frente a tais questões, a presente pesquisa tem como objeto de estudo “a visão das enfermeiras obstetras sobre o ensino dos cuidados de enfermagem às mulheres que vivenciam o abortamento e o óbito fetal na sua formação profissional em enfermagem obstétrica nos moldes de residência e as suas repercussões para a atuação profissional”.

1.5 OBJETIVOS:

Buscando desvelar esse objeto, foram propostos dois objetivos:

- Conhecer a percepção das enfermeiras obstetras quanto à sua formação profissional nos moldes de residência sobre o abortamento e o óbito fetal;
- Descrever as repercussões no ensino sobre a assistência de enfermagem obstétrica às mulheres que vivenciam o abortamento e o óbito fetal.

1.6 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO:

O contexto de saúde da mulher no Brasil é uma questão multifacetada que reflete as realidades sanitárias e as estruturas sociais e culturais que moldam a experiência feminina no país. As políticas públicas de saúde da mulher no Brasil sofreram expansão desde a promulgação da Constituição de 1988, que reconheceu o direito à saúde como um direito fundamental. Entretanto, apesar do enorme progresso, a discussão das questões de gênero ainda enfrenta desafios significativos (BRASIL, 2004a).

A evolução destas políticas é atrelada a compreensão das especificidades e diversidades que integram a saúde da mulher, abrangendo os seus aspectos físicos, emocionais e sociais. No entanto, ainda se observa o atendimento insuficiente da totalidade das necessidades de saúde das mulheres, especialmente nos contextos de vulnerabilidade social (BRASIL, 2004a).

Um dos mais importantes determinantes sociais de saúde da mulher no Brasil é a desigualdade de gênero, que traz barreiras ao acesso aos serviços de saúde e à assistência, pois o acesso não é apenas uma questão de disponibilidade; também envolve questões de poder e controle, frequentemente relacionados à classe social e raça (BRASIL, 2004a).

O abortamento, espontâneo ou induzido, é assunto de alta relevância no âmbito da saúde mental das mulheres, tendo em vista que o estigma entranhado à temática, a ausência de acolhimento apropriado e o suporte profissional inadequado podem potencializar o seu sofrimento psíquico (MENDONÇA e CUNHA, 2025).

O MS considera as pesquisas envolvendo temáticas relacionadas à saúde da mulher essenciais para monitorar e avaliar a implementação e o desenvolvimento das políticas públicas de saúde da mulher, assim como para subsidiar a sua elaboração ou o seu redirecionamento, de forma que se adequem às necessidades do SUS (BRASIL, 2004).

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, assinada em 2015 pelos países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), é um plano de ação que estabeleceu os 17 Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), com 169 metas de ação global para serem alcançadas até 2030 e 231 indicadores globais que monitoram o seu avanço. No Brasil, busca-se erradicar a pobreza, proteger o meio ambiente e permitir que as pessoas desfrutem de paz e prosperidade (ONU, 2015).

Tratando-se da temática deste estudo, destaca-se o terceiro objetivo, que busca a garantia de uma vida saudável e a promoção do bem-estar para todas as pessoas, em todas as idades, contemplando metas específicas relacionadas à saúde da mulher, reprodutiva e neonatal.

Embora os ODS não disponham de uma meta específica voltada à redução dos índices de abortamento de óbitos fetais, a meta 3.1 versa sobre a redução da mortalidade materna, que

dialoga diretamente com a qualificação do ensino sobre perdas fetais, uma vez que a assistência obstétrica segura, fundamentada em evidências e com profissionais preparadas, impacta na diminuição da morbimortalidade materna.

A meta 3.2, que visa acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, também se aproxima da temática do estudo pois, ainda que mencione a mortalidade neonatal, as perdas gestacionais são parte do continuum perinatal.

Já a meta 3.7, que propõe assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo informação e educação. O ensino sobre o abortamento e o óbito fetal se insere nesse escopo, uma vez que amplia a capacidade das enfermeiras obstetras de oferecer um cuidado integral, humanizado e centrado nas necessidades das mulheres, fortalecendo o direito à saúde reprodutiva e ao bem-estar.

Ainda, o 5º objetivo visa alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres e meninas. Dentre os seus objetivos secundários, destaca-se a eliminação das formas de violência contra as mulheres e meninas, assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos, e adotar e fortalecer políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas.

Além disso, de acordo com as necessidades específicas no contexto brasileiro, o MS elegeu, em 2018, áreas prioritárias para investimento em pesquisa. Dentre estes eixos, estão inclusas a saúde materno infantil e a saúde da mulher. Assim, esta pesquisa atenderá à agenda de prioridades de pesquisa do MS (BRASIL, 2018).

1.7 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO:

A enfermagem é a materialização profissional do cuidado pautado nos conhecimentos científicos e nas habilidades técnicas. Através de um olhar integral que objetiva a promoção, prevenção e reabilitação em saúde, o cuidado de enfermagem permite o compartilhamento de ações, ideias e experiências que valorizam as necessidades humanas básicas e o alcance do equilíbrio biopsicossocial daquele que é cuidado. O processo de humanização do cuidado transcende o fazer técnico ao aproximar quem cuida e quem é cuidado através do estabelecimento de relação interpessoal e da construção de vínculo (WALDOW, 2012; GARCÍA-VERA et al, 2018)

A formação de recursos humanos qualificados na área da saúde pode ter relação direta com a produção de conhecimentos científicos advinda dos programas de pós-graduação, num

cenário onde o avanço técnico-científico observado na atualidade exige uma abertura à diversidade e às interdisciplinaridades (CARLOS e al, 2013).

Ainda que relativamente recente, a pesquisa científica na enfermagem é uma importante estratégia para o seu fortalecimento enquanto ciência e profissão, haja vista a imprescindibilidade da sustentação do cuidado, da pesquisa, da educação e do gerenciamento de enfermagem nos conhecimentos sólidos desenvolvidos em pesquisa (CARLOS e al, 2013).

Para que os profissionais de saúde atinjam o seu potencial máximo, é preciso investir na educação, no planejamento da força de trabalho, nas suas condições de trabalho e na pesquisa científica. A sua participação na construção e aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde também é primordial, a fim de enfrentar o desafio de ampliar o acesso das mulheres a um cuidado seguro e resolutivo. Esse investimento resultaria, portanto, na melhoria da disponibilidade, acessibilidade e na qualidade da força de trabalho e, conseqüentemente, em impactos positivos para a igualdade de gênero e para a saúde das pessoas (UNPF, 2021).

Para os cursos de graduação e pós-graduação, faz-se necessário o desenvolvimento da habilidade investigativa nas enfermeiras, de modo que contribua para a qualificação dos graduandos, mestres e doutores e para o desenvolvimento sociopolítico e tecnológico da formação em saúde (CARLOS e al, 2013).

Mediante a escassez de produções com enfoque no ensino de enfermagem obstétrica na modalidade de residência, no âmbito do ensino, pesquisa e extensão, este estudo busca incentivar reflexões sobre os principais desafios enfrentados pelas enfermeiras obstetras frente às situações de perdas gestacionais, ampliar as discussões sobre a temática, contribuir para a promoção do seu conhecimento e fomentar melhorias na formação em saúde e na atenção obstétrica a partir da qualificação da formação profissional das enfermeiras obstetras.

Desta forma, a pesquisa poderá fornecer subsídios para a qualificação assistencial desenvolvida pelas enfermeiras obstetras, visto que os seus resultados poderão incitar um processo de autorreflexão quanto à sua formação profissional e o cuidado prestado às mulheres e famílias que vivenciam o abortamento e óbito fetal, consonando com os direitos reprodutivos e ideários humanizados das políticas públicas de saúde do SUS.

2. REVISÃO TEMÁTICA:

2.1 INTERFACES ENTRE A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E O MODELO DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL:

Muitos conceitos de saúde da mulher são encontrados na literatura, com diferentes vertentes: umas mais restritas, com foco direcionado aos aspectos anátomo-biológicos do corpo feminino, percebendo o corpo da mulher apenas como um instrumento de reprodução e desprovido de direitos sexuais e questões de gênero; outros mais abrangentes, que envolvem os direitos humanos e as questões de cidadania (COELHO, 2003).

Segundo Joan Scott (1988), as relações de gênero são relações de poder que se baseiam nas diferenças entre os sexos a partir de uma elaboração social, com o sentido historicamente construído e usado para hierarquizar as relações de poder entre mulheres e homens na sociedade.

Considerando que as desigualdades de poder entre homens e mulheres exercem grande influência sobre as condições de saúde das mulheres, é essencial que as questões de gênero sejam incluídas como um dos determinantes de saúde na elaboração de políticas públicas (BRASIL, 2004a).

Estas passaram por uma evolução gradativa ao longo das últimas décadas, refletindo as demandas sociais e políticas dos diferentes períodos da história brasileira. O Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) foi a primeira grande ação estatal destinada às mulheres e tinha foco limitado ao ciclo gravídico-puerperal. Ele refletia uma visão centrada na biologia do corpo feminino e no seu papel social como mãe e dona de casa (BRASIL, 1975).

Nesse contexto, o movimento feminista brasileiro se organizava em torno de denúncias acerca das desigualdades sociais e de gênero, criticando fortemente o PSMI devido à sua visão reducionista da mulher. A partir de discussões que envolveram, também, os direitos sexuais e reprodutivos, o Estado sofreu pressão para reconhecer e garantir o direito à saúde como um direito humano fundamental (FARAH, 2004).

Ao mesmo tempo em que as ideias neoliberais se expandiam no Brasil, a atenção obstétrica se reconfigurava, seguindo os movimentos pela humanização do parto e das críticas ao modelo de atenção que seguiam um caminho de predomínio de saberes biomédicos e práticas medicalizadas (REZIO et al, 2022).

O modelo tecnocrático de atenção obstétrica até então vigente é caracterizado pelo predomínio de intervenções desnecessárias, violação dos direitos da mulher e tendência à altos números de mortalidade materna. Na década de 1980, concomitante ao processo de democratização do país, à participação social e ao movimento de humanização do parto, iniciaram-se movimentos contrários a esse modelo assistencial, o que abriu portas para as enfermeiras obstetras atuarem diretamente na assistência ao parto (AMARAL et al, 2019).

A década de 1990 representou uma conquista significativa do movimento feminista através da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, que representou uma ruptura conceitual em relação às diretrizes anteriores. Ele adotou como princípios a descentralização, a hierarquização e a regionalização dos serviços, além da integralidade e da equidade na atenção, no mesmo momento em que o Movimento Sanitário estava desenvolvendo o arcabouço conceitual que fundamentaria o SUS (BRASIL, 1984).

O PAISM abrangeu ações de educação, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde das mulheres, integrando o conceito de humanização da assistência e permitindo que as mulheres fossem tratadas como protagonistas da sua saúde (BRASIL, 1984).

Paralelamente, a enfermagem conquistava a sua regulamentação através da promulgação da Lei 7.498/1986, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem. Segundo esta, cabe à enfermeira a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, o acompanhamento da evolução do trabalho de parto e a execução do parto sem distocia (BRASIL, 1986).

As iniciativas para a qualificação e a humanização da assistência ao parto surgiram como um movimento em prol de mudança nos resultados maternos e perinatais desfavoráveis consequentes do modelo obstétrico vigente até então. Através do seu saber/fazer desmedicalizado, a inserção das enfermeiras obstetras no processo de parturição desempenhou papel fundamental na implementação de práticas humanizadas no contexto da assistência ao parto e nascimento ao trazer desfechos positivos, quando comparados ao modelo medicalizado (PRATA et al, 2019; 2022).

O modo de cuidar da enfermagem obstétrica é baseado na desmedicalização, de forma que as abordagens clínico-biomédicas são ultrapassadas por estratégias de cuidado que dialogam com a autonomia e o direito de escolha da mulher, contemplando a oferta de Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem (TNICE). Estas, são definidas como saberes estruturados que se desenvolvem de maneira compartilhada entre a enfermeira e a parturiente e visam o favorecimento do processo de parturição ao minimizar intervenções,

assegurar o respeito à fisiologia e promover o empoderamento feminino, o resgate do seu protagonismo, o bem-estar e a satisfação das parturientes (PRATA et al, 2022).

Através da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser considerada um direito de todos e dever do Estado, tornando-se um marco fundamental para a saúde no país e assegurando que, independentemente do gênero, todos os cidadãos brasileiros teriam direito a livre acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Em 1996, a OMS publicou uma classificação das práticas usadas no manejo do parto normal, baseadas em evidências científicas, e que orientava as condutas que deveriam ou não ser seguidas no atendimento ao processo de parturição. Através o projeto *Safe Motherhood*, a OMS recomendou o desenvolvimento de recursos humanos a partir da oferta de capacitação e inserção das enfermeiras obstetras no atendimento direto ao parto, como recurso para atingir os seus objetivos (WHO, 1996). À nível nacional, em 1998 o MS publicou a Portaria nº 2.815, que reforçou o papel da enfermeira obstetra na assistência ao parto (BRASIL, 1998).

Para a OMS, a saúde reprodutiva é parte do processo de desenvolvimento humano inserido na concepção de saúde. Assim, as perspectivas de gênero, sexualidade, integralidade biopsicossocial, participação social e responsabilidade social foram introduzidas como elementos essenciais para a capacitação profissional na área da obstetrícia (RIESCO e TSUNECHIRO, 2002).

Diante das medidas em busca da humanização da assistência obstétrica, em 2002 o MS instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tinha como objetivo resgatar a atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada. Suas medidas buscam assegurar a melhoria ao acesso, cobertura e qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido. Além disso, busca reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas de pré-natal e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2002).

Como resposta a um conjunto de demandas sociais e sanitárias e da necessidade do MS em dispor de diretrizes técnicos-políticas para a atenção à saúde da mulher e do pensamento crítico quanto ao seu atendimento nos serviços de saúde, formulou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). O Estado se comprometeu a priorizar a saúde da mulher, representando um marco na saúde feminina que refletiu numa mudança significativa na abordagem do Estado sobre os direitos das mulheres. As novas legislações, além de oferecerem um arcabouço legal, promoveram a articulação entre diferentes esferas do governo e da sociedade civil, ampliando a cobertura e a qualidade do atendimento (BRASIL, 2004a).

O documento tem enfoque de gênero, incorporando a integralidade e a promoção da saúde como seus princípios norteadores. Neste contexto, a integralidade ganha destaque como requisito para atender às necessidades de saúde das usuárias com abrangência, humanização e hierarquização. Visando criar um modelo de atenção que garanta o respeito pelos direitos das mulheres, a PNAISM visa melhorar a atenção obstétrica no planejamento reprodutivo, a atenção ao abortamento inseguro, a atenção aos casos de violência doméstica e sexual e consolidar os seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2004a).

Em 2005, o governo brasileiro criou a Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento, como um guia para uma atenção pós-abortamento de qualidade e referencial ético-legal para os profissionais. Ela propõe ações de expansão do acesso à atenção de qualidade ao pós-abortamento, contemplando a introdução de novas abordagens no acolhimento e na atenção, de forma que atendam as necessidades da mulher nos espectros socio-físico-emocional e garantindo o planejamento reprodutivos. Em nova edição publicada cinco anos depois, a Norma reafirmou os direcionamentos gerais de acolhimento e atenção com ações que fazem parte do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2005b; 2011).

No mesmo ano, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal foi estabelecida pela Portaria nº 1.067, com o intuito de promover a assistência e aprimorar a qualidade do cuidado às mulheres gestantes e aos recém-nascidos, e a Lei do Acompanhante, por meio da Portaria nº 11.108, que garantiu às parturientes o direito de ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS (BRASIL, 2005c; 2005a).

A partir da necessidade de mudar o modelo de atenção que, até então, era caracterizado pelo despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a subjetividade da assistência e pela centralização e verticalização da gestão em saúde, em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – o HumanizaSUS (BRASIL, 2010).

A política conta como objetivo a promoção de vínculos entre profissionais de saúde e pacientes e o fortalecimento da participação social nos processos de gestão e de cuidado. A implementação dessas diretrizes contemplou a necessidade de respeitar e escutar as demandas específicas das mulheres, especialmente em situações de vulnerabilidade (BRASIL, 2010).

A formação e a capacitação dos trabalhadores de saúde são essenciais para assegurar que a abordagem humanizada seja efetivamente aplicada nos serviços de saúde, com um enfoque no respeito à autonomia das mulheres e no acolhimento em situações vulneráveis.

Profissionais bem treinados não apenas compreendem as políticas de humanização, mas também são mais aptos a colocá-las em prática, resultando em uma assistência mais eficaz e respeitosa (BRASIL, 2010).

A implementação do HumanizaSUS buscou melhorar a experiência das mulheres durante o atendimento, especialmente em momentos críticos como o parto e o abortamento. Estabelecer um cuidado que respeite a dignidade e os direitos das mulheres é imprescindível para garantir uma saúde de qualidade (BRASIL, 2010; 2014).

A Política Nacional de Humanização (PNH), enquanto diretriz central, busca respeitar e valorizar a experiência da mulher enquanto paciente, promovendo um atendimento que incorpora elementos como a escuta ativa e o acolhimento. Isso é fundamental, pois o suporte emocional durante o parto e abortamento pode impactar significativamente a experiência da mulher, influenciando a sua saúde mental e o seu bem-estar (BRASIL, 2010; 2014).

A reformulação dos protocolos de assistência ao abortamento também se destaca como um ponto crucial no contexto do HumanizaSUS. Estes protocolos devem estar alinhados às diretrizes de humanização, respeitando os direitos das mulheres e promovendo um atendimento que valorize as suas escolhas (BRASIL, 2014).

Os principais protocolos incluem diretrizes específicas que buscam garantir não apenas a segurança das mulheres, mas também um atendimento que respeite a sua dignidade. Estes são frequentemente orientados pela necessidade de humanização do atendimento, promovendo um espaço onde a mulher se sinta respeitada e ouvida (BRASIL, 2014).

No contexto de atenção à saúde da mulher no Brasil, é preciso, portanto, consolidar a organização da atenção perinatal, compreendendo a sua ampla dimensão e integrando a assistência desde o pré-natal até o desfecho do parto, a fim de qualificar este cuidado (BRASIL, 2009b).

Em 2011, o MS instituiu a Rede Cegonha, como uma iniciativa que busca estabelecer uma rede de cuidados para garantir o direito das mulheres ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada no ciclo gravídico-puerperal, além de um nascimento seguro e crescimento saudável às crianças (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha possibilitou a expansão dos postos de trabalho para as enfermeiras obstétricas através da adoção de modelos flexíveis para a gestão dos serviços de saúde e da contratação de recursos humanos para atuarem nos mesmos (PROGIANTI, PRATA e BARBOSA, 2015).

A OMS atualizou as suas diretrizes clínicas de atenção ao abortamento em 2022, destacando a qualidade do cuidado como estruturante para as suas recomendações, assim como a acessibilidade e o tempo oportuno (WHO, 2022).

Após a condenação do Brasil em instâncias internacionais por negligência no atendimento à gestante Alyne da Silva Pimentel Teixeira, sua morte por causas evitáveis colocou em pauta a necessidade urgente de combater a mortalidade materna e as desigualdades sociorraciais no acesso à saúde do Brasil. Como resposta, a Rede Cegonha foi reconfigurada, dando origem à Rede Alyne. Estabelecida pela Portaria nº 5.350/2024, a nova política aprofunda as diretrizes humanizadoras e amplia o foco na redução das taxas de morbimortalidade, com o compromisso de assegurar um atendimento equitativo e de qualidade (Brasil, 2024).

Em 23 de Maio de 2025, foi sancionada a Lei nº 15.139, que institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental. Dentre os seus objetivos, destaca-se a busca em assegurar a humanização nos atendimentos às mulheres e famílias que passam por situações que envolvem o luto por perdas gestacionais, óbitos fetais e óbitos neonatais.

Esta Política pretende: 1) assegurar o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher; 2) o acompanhamento por um profissional psicólogo; 3) acomodação hospitalar em ala separada das demais parturientes, principalmente das com desfechos positivos; 4) a expedição de uma declaração que contenha a data e o local do parto, o nome do natimorto escolhido pelos pais e, se possível, a sua impressão plantar e digital, dentre outros (BRASIL, 2025).

2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NO BRASIL:

Originalmente, a formação e o exercício profissional das enfermeiras, enfermeiras obstetras, parteiras e obstetrizes são diferentes. As parteiras são as detentoras do título mais antigo da profissão. O primeiro documento legal sobre a sua educação formal no Brasil é de 1832, que versa sobre a oferta do Curso de Partos pelas faculdades de medicina. Vale destacar que a legislação sobre o ensino das parteiras esteve sob responsabilidade das escolas médicas até 1949 (RIESCO e TSUNECIRO, 2002).

As obstetrizes são aquelas com formação em cursos específicos de obstetrícia, anexados às escolas de enfermagem ou médicas. Entre 1922 e 1925, o título de obstetriz passou a ser conferido àquelas formadas pela Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará. Já as enfermeiras

obstétricas, são aquelas com graduação em enfermagem e titulação de especialista na área, sendo o título atual e mais recente dentre estes (RIESCO e TSUNECHIRO, 2002).

A história do ensino da enfermagem no Brasil percorre caminhos de grandes mudanças, influenciadas pelos seus contextos históricos e sociais (NETO et al, 2020). A primeira escola de enfermagem do país surgiu em 1890 com a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospital Nacional de Alienados, posteriormente chamada de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP). Criada pelo Decreto nº 791/1890, buscou formar profissionais no modelo francês de ensino para que as egressas substituíssem as irmãs de caridade nos hospitais psiquiátricos, civis e militares à época (DUARTE, VASCONCELOS e SILVA, 2016).

Em seguida, no início da década do século XX, surgiu o segundo curso de enfermagem do país, no Hospital Samaritano, em São Paulo, que seguia o modelo de enfermagem inglesa, a fim de preparar profissionais para atuarem na própria instituição. Já em 1916, a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira foi criada, no intuito de preparar voluntárias para cuidar dos soldados feridos na I Guerra Mundial (DUARTE, VASCONCELOS e SILVA, 2016).

A experiência de Florence Nightingale nos cuidados aos militares ingleses envolvidos na Guerra da Criméia, entre os anos de 1853 e 1856, resultou no nascimento da enfermagem profissional. À época, percebeu-se a necessidade de institucionalizar e escolarizar o saber da enfermagem, resultando na consolidação e na expansão do modelo nightingaleano, especialmente nos Estados Unidos, onde foram incorporadas características capitalistas e tayloristas ao ensino (CARREGAL et al, 2021).

No início do século XX, o Brasil vivenciava graves problemas de saúde pública, fazendo com que, em 1923, o governo formalizasse a primeira escola de enfermagem no Brasil pautada no modelo nightingaleano: a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), atualmente intitulada Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), que possibilitou uma padronização na formação das profissionais sob uma perspectiva de carreira na área da enfermagem. Em 1937, a EEAN foi incorporada à Universidade do Brasil, elevando-a à unidade autônoma (CARREGAL et al, 2021).

Nesse contexto, médicos brasileiros propuseram que a formação profissional das parteiras dependesse do título de enfermeira, de forma que o exercício das parteiras foi limitado e a assistência ao parto pela categoria estivesse restrita ao ambiente hospitalar. Foi, então, aproximadamente entre 1925 e 1927, que os cursos de parteiras foram extintos e os cursos de enfermeiras de maternidades anexos às faculdades de medicina foram criados, de forma que,

ao seu final, as alunas obtinham o título de enfermeira especializada (RIESCO e TSUNECHIRO, 2002).

Inicialmente criados para suprir as demandas emergenciais dentro do seu contexto histórico, os cursos para formação de enfermeiras não eram pautados nos padrões da enfermagem moderna, muito menos na execução qualificada do trabalho de enfermagem (SILVA et al, 2010). Foi quando se percebeu a necessidade de promover a qualificação da formação profissional da enfermeira, de forma que o seu cuidado fosse pautado na integralidade (BAGNATO e RODRIGUES, 2007).

A incorporação do ensino de enfermagem no ambiente universitário se deu com a Lei nº 775/1949 num contexto de pressão da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), com o intuito de atender o aumento da demanda do mercado da saúde. Tendo em vista que este ensino se dava em centros universitários ou em faculdades de medicina, o ensino seguia uma tendência médico-hospitalocêntrica (FERNANDES, 2006).

Já os cursos de pós-graduação *lato sensu* surgiram no Brasil à década de 1950, na Escola de Enfermagem Rachel Haddock Lobo, atual Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FACENF/UERJ), através dos Cursos de Especialização, na tentativa de capacitar os profissionais a lecionarem no Ensino Superior e a desenvolverem a ciência e a prática baseada em evidências. Até 1980, já haviam registrados 31 cursos por todo o país (CARLOS et al, 2013; CARREGAL et al, 2021).

A partir da promulgação da Lei 775/1949, as escolas de enfermagem passaram a oferecer a formação de enfermeiras obstetras através do curso de especialização em enfermagem obstétrica. Entretanto, num cenário de polêmica e disputa de campo entre parteiras e enfermeiras obstetras, os dois tipos de formação continuavam a ser oferecidos de forma independente pelos cursos de enfermagem e de obstetrícia (RIESCO e TSUNECHIRO, 2002).

Na década de 1960, como solução conciliatória, o Conselho Federal de Educação fixou um novo currículo para os cursos de obstetrícia, com duração de três anos e articulando-o com o curso de enfermagem através de um tronco profissional comum. Na década seguinte, após a concretização da reforma universitária, desdobraram-se novas modificações nos currículos de formação em enfermagem e em obstetrícia (RIESCO e TSUNECHIRO, 2002).

A partir destas, os dois cursos se fundiram e foram impostas habilitações nas áreas médico-cirúrgica, saúde pública ou obstetrícia, que eram realizadas ao final do curso de enfermagem e tinham duração mínima de 500 horas. Dessa forma, a formação profissional das enfermeiras obstetras ou obstetrizes passou a ser incumbência das escolas de enfermagem (RIESCO e TSUNECHIRO, 2002).

A pós-graduação *stricto sensu* surgiu como desdobramento da Lei de Diretrizes e Bases nº 4.026/1961 e da Reforma Universitária nº 5.540/1968, visando promover a qualificação dos docentes universitários, aperfeiçoar a pesquisa científica e expandir o ensino superior no Brasil. No contexto da enfermagem, a EEAN, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), foi pioneira do curso de mestrado, em 1972, e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), pioneira no curso de doutorado em 1981 (CARLOS et al, 2013). Estas mudanças estabeleceram a tríade ensino-pesquisa-extensão e qualificaram os docentes pelos títulos de mestre, doutor e livre-docente, motivando as universidades a aderirem a pós-graduação (CARREGAL et al, 2021).

A partir da institucionalização do SUS e da sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/1990, os serviços de saúde do Brasil passaram por uma descentralização administrativo-financeira, fomentando uma reorganização na qual a promoção à saúde ganhou destaque no processo saúde-doença. Essa mudança de paradigmas refletiu diretamente no mercado de trabalho e na formação profissional em saúde, demandando um modelo mais crítico-criativo-reflexivo e que atendesse às reais necessidades sociais (LIMA et al, 2013; NETO et al, 2020).

Em 1994, sob o parecer 314/1994, o currículo de enfermagem foi novamente modificado e as habilitações foram extintas, de forma que as enfermeiras passaram a ser formadas como generalistas e as formações específicas foram transferidas para a pós-graduação *lato sensu* (RIESCO e TSUNECHIRO, 2002).

A partir de 1999, o MS estabeleceu convênios com as universidades brasileiras e financiou cursos de especialização em enfermagem obstétrica, a fim de expandir o quantitativo de profissionais no SUS, capacitar enfermeiras para a assistência materna e perinatal e melhorar a qualidade da assistência (COSTA e SCHIRMER, 2012).

Em novembro de 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), implementadas pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), estimulou os cursos de graduação a reformularem os seus currículos e projetos pedagógicos, definindo um eixo formador com bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas. Estes projetos passaram por um processo de reconstrução que partiu das necessidades locais, aproximando a formação dos profissionais com os problemas reais da população usuária do SUS (BRASIL, 2001; NETO et al, 2020).

Da mesma forma, as Diretrizes Curriculares Nacionais (2001, p.3) para o curso de graduação em enfermagem ditaram que a "*formação do enfermeiro deve atender às*

necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e qualidade e humanização no atendimento".

Um dos grandes desafios para manter e qualificar o SUS como um sistema público é a formação qualificada dos profissionais de saúde voltada para as diretrizes da PNH. A política deve servir como norte nos processos de formação e o SUS como o grande articulador nos processos de formação em saúde, de forma que se afirme o SUS como um sistema inclusivo, equitativo, democrático, solidário e com potencial de qualificar a vida da população brasileira (BRASIL, 2010).

Para que a PNH seja implementada nos serviços de saúde, foram estabelecidas estratégias gerais. Dentre elas, destaca-se a educação da humanização da atenção e da gestão compondo o conteúdo profissional da graduação, pós-graduação e da extensão em saúde. Assim como a sua vinculação aos polos de educação permanente e às instituições formadoras (BRASIL, 2010).

Portanto, o currículo formativo da enfermagem deve articular o ensino e a assistência à coletividade. Para isso, é fundamental que as escolas de enfermagem facilitem a aprendizagem das suas alunas para a humanização enquanto política pública do SUS, despertando a sua atenção e desenvolvendo modelos de cuidado a partir de experiências entre professores, estudantes, usuários e profissionais de saúde que atuam no ensino e na prática na enfermagem (WALDOW, 2007).

Dessa forma, as políticas de educação e saúde foram utilizadas como base para aproximar a formação profissional com o SUS, contribuindo para uma mudança paradigmática que envolveu a multidimensionalidade da prática de saúde e a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, de forma com que a aluna fosse identificada como sujeita no seu processo de formação (LIMA et al, 2013).

As raízes das metodologias ativas no Brasil se encontram nos escritos de Paulo Freire (1987), que discute a dicotomia entre a pedagogia bancária e a libertadora. O paradigma da educação bancária nega o diálogo, de forma que a palavra e o conhecimento são percebidos como forma de poder e o professor se impõe como ator principal na sala de aula (BRIGHENTE e MESQUIDA, 2016).

Nesse modelo, a relação entre educador e educanda é estabelecida através da “deposição” de conteúdos, comparando a aluna a um recipiente vazio que precisa ser preenchido por conhecimentos, que serão memorizados, reproduzidos e arquivados. O processo de deposição de conteúdos é sonoro e vazio, já que não produz sentido à aluna e centraliza o processo educativo na figura do professor. Na prática pedagógica, o educador dita a palavra e

as educandas a escutam docilmente (FREITAS e MACIEL, 2021; BRIGHENTE e MESQUIDA, 2016).

Estabelecida essa relação de poder, o educador impõe as regras e a aluna é ensinada a obedecê-las. Portanto, além de reforçar a relação vertical e autoritária, a educação bancária é vista como dominadora e opressora, já que anula a conscientização das alunas e visa que estas estejam sujeitas às regras impostas (BRIGHENTE e MESQUIDA, 2016).

Através da “docilização” dos corpos estudantis na instituição educadora, para Freire (2002), a boa aluna se adapta e reproduz os padrões estabelecidos. Aquela que impõe questionamentos, é tido como indisciplinada, que recusa aceitar o modelo imposto.

O autoritarismo da pedagogia bancária proíbe a realização de críticas e questionamentos ao professor, detentor do conhecimento, e valoriza a leitura mecânica. Sendo assim, para Freire (2000, p.101), a educação “é puro treino, é pura transferência de conteúdo, é quase adestramento, é puro exercício de adaptação ao mundo”.

Por outro lado, a educação problematizadora serve à libertação, totalmente inversa aos paradigmas bancários. Os procedimentos didáticos pautados nas práticas ativas tendem a alcançar os objetivos do processo de ensino-aprendizagem através da promoção de problematizações, reflexões e ideias que desenvolvam a autonomia da aluna e valorizem a sua singularidade (FREITAS e MACIEL, 2021).

A verdadeira humanização e libertação dos homens anunciada por Freire (2005) se dá através da ação e reflexão sobre o mundo promovida pela educação problematizadora. Nela, a relação entre educador e educanda é dialogada, com papéis crítico-reflexivo-criadores. Para Freire (2015), através da educação, é possível libertar o ser humano da opressão imposta pelo capitalismo.

O autor defende, ainda, a educação permeada de um diálogo respeitoso, que reconhece o ser humano como um ser histórico-social e promove reflexões e problematizações; e o educador democrático, que estimule a participação da aluna. Considera, portanto, que "educar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou sua construção" (FREIRE, 2015, p.47).

Nesse contexto, o currículo da formação em enfermagem deve ter como pilar o desenvolvimento de habilidades, o acúmulo de conhecimentos e a construção de habilidades que estejam condizentes com o seu ambiente laboral (HADDAD, ROSCHKE e DAVINI, 1994).

A aprendizagem-significativa entende a aluna como o centro e os docentes como facilitadores da aprendizagem, tendo como objetivo preparar, motivar e empoderar as futuras

enfermeiras a assumirem o protagonismo junto às políticas públicas de saúde. Tais fatos possibilitam, então, o fortalecimento da garantia ao acesso ao SUS e a produção de saúde (NETO et al, 2020).

Ainda com o intuito de gerir, formar, qualificar e regular os trabalhadores da saúde no país, em 2003 o MS criou a Secretaria de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) e, no ano seguinte, implantou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde através da Portaria GM/MS nº 198/2004 (BRASIL, 2004b).

A Educação Permanente, definida como um conjunto de ações educativas que visam alternativas e soluções para a transformação das práticas em saúde por meio da problematização coletiva, surgiu como uma estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação, de forma que contribuísse para melhorar a qualidade da assistência (BRASIL, 2004b).

O caráter permanente da formação dos profissionais em saúde tem como núcleo a própria educação, tida como fonte de conhecimento e objeto de transformação. Ela é capaz de proporcionar a participação coletiva e multidisciplinar e de dinamizar a construção de novos conhecimentos através da troca de saberes, conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) versa sobre a Educação Permanente em Saúde (HADDAD, ROSCHKE e DAVINI, 1994).

A partir do momento em que a equipe compreende a linha de cuidado na qual está inserida e desenvolve coletivamente estratégias para facilitar solução de problemas e suprir as necessidades identificadas, a Educação Permanente é tida como bem-sucedida. Neste contexto, a gestão de enfermagem desenvolve um papel primordial ao tornar claro e disponível os protocolos e as prioridades assistenciais (SAKAMOTO et al, 2021).

A reorganização dos processos formativos em saúde seguiu na virada do século XXI, quando foi promulgada a Lei 11.129/2005, que criou Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, reconhecendo a modalidade de residência como curso de pós-graduação *lato sensu* em enfermagem (BRASIL, 2006).

Os programas de residência em saúde são fundamentados na educação no trabalho, no qual o processo de ensino-aprendizagem ocorre no serviço de saúde, que se configuram como espaços pedagógicos privilegiados e conferem melhor capacitação técnica para a promoção de cuidados especializados. Nesta modalidade, a teoria e a prática se encontram articulados. O preceptor atua como mediador deste processo sendo, portanto, necessário que este saiba ensinar e ter a compreensão de como o conhecimento se transformará para formar um novo

conhecimento à residente (RIBEIRO e PRADO, 2013; PEREIRA e NICÁCIO, 2014; LIMA et al, 2015).

Além de proporcionar retenção na carreira, a formação em serviço oferece um processo de socialização profissional que repercute diretamente sobre o exercício laboral da futura especialista. No ambiente de estágio, onde a carga horária corresponde a 80% do total do curso de residência, a preceptoria atua junto às residentes, promovendo uma grande aquisição de aprendizagens e de práticas assistenciais, visando a formação de profissionais crítico-reflexivas e detentoras de atitudes que transformem e qualifiquem o modelo de atenção à saúde (KRAMER et al, 2013).

O incentivo para a formação de enfermeiras obstetras foi às ações da Rede Cegonha. Dessa forma, foi criado o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF) em 2012, como uma estratégia política inserida na Rede Cegonha e em conjunto com o MEC, com bolsas financiadas pelo MS, carga horária de 60 horas semanais e dois anos de duração. Esse programa busca incentivar a especialização na modalidade de residência, fomentando a inserção qualificada de enfermeiras para atuar no cuidado à saúde da mulher (BRASIL, 2012).

Os programas de residência em enfermagem obstétrica são norteados pela Portaria Interministerial nº 1.077/2009, que direciona seus eixos norteadores à contemplação dos princípios e diretrizes do SUS diante das necessidades locais. De forma a contribuir para o aperfeiçoamento do SUS, a abordagem pedagógica utilizada deve considerar os atores envolvidos enquanto sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e promover cenários de aprendizagem, objetivando o desenvolvimento de atitudes crítico-reflexivas das residentes. Além disso, os programas devem integrar ensino-serviço-comunidade e estimular a consolidação da educação permanente enquanto estratégia de mudança dos processos formativos e de trabalho na saúde (BRASIL, 2009a).

Entretanto, estudos apontam para a concepção tradicional dos modelos de educação nos programas de residência como uma limitação importante para a mudança do paradigma biomédico nas práticas de saúde. Enfatiza-se a necessidade de capacitação pedagógica dos profissionais, de forma que a preceptoria seja capaz de influenciar positivamente na formação em serviço. A extensa carga horária e exposição dos residentes, que carregam responsabilidades e demandas laborais, também são apontados como fatores limitantes dessa modalidade de pós-graduação (DALLEGRAVE e CECCIM, 2013; GUIDO et al, 2012).

Em 2017, o MS lançou o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino de Obstetrícia e Neonatologia (ÁpiceOn) como estratégia da Rede Cegonha, em parceria com

hospitais de ensino visando promover mudanças nos modelos de cuidado, ensino e gestão e aprimorar a qualificação técnica ao cuidado ao parto, planejamento reprodutivo, mulheres em situação de violência, abortamento e aborto legal (BRASIL, 2017; FOC, 2019).

3. METODOLOGIA:

3.1 TIPO DE ESTUDO:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, uma pesquisa de campo de caráter exploratório e descritivo.

Segundo Minayo (2013, p. 57), a pesquisa qualitativa é descrita como:

Método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

A pesquisa de campo refere-se à construção dela no cenário onde ocorre o fato a ser analisado e pode ser, a exemplo desta, *ex post facto* quando analisa fatos após sua ocorrência, sem interferência do pesquisador. O caráter exploratório deste estudo diz respeito à evidenciação dos elementos ou dados no decorrer do mesmo, sem a formação de hipóteses iniciais (MERTENS et al, 2007).

O teor descritivo da pesquisa se baseia na busca por descrever as características do objeto de estudo (BARDIN, 2011).

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO:

As participantes desse estudo foram 11 (onze) enfermeiras obstetras. Como critérios de inclusão, foram consideradas as enfermeiras que tinham formação em enfermagem obstétrica na modalidade de residência, que estavam atuando na assistência obstétrica direta ao parto normal no Estado do Rio de Janeiro durante o período de coleta de dados e que tinham pelo menos 1 (um) ano de experiência profissional. Foram excluídas aquelas que estavam afastadas por licença médica, licença maternidade ou afastadas do exercício profissional.

3.3 TÉCNICA DE CAPTAÇÃO DAS PARTICIPANTES:

O processo de captação dos participantes ocorreu através da técnica de amostra não probabilística Bola de Neve, na qual os participantes iniciais foram escolhidos por

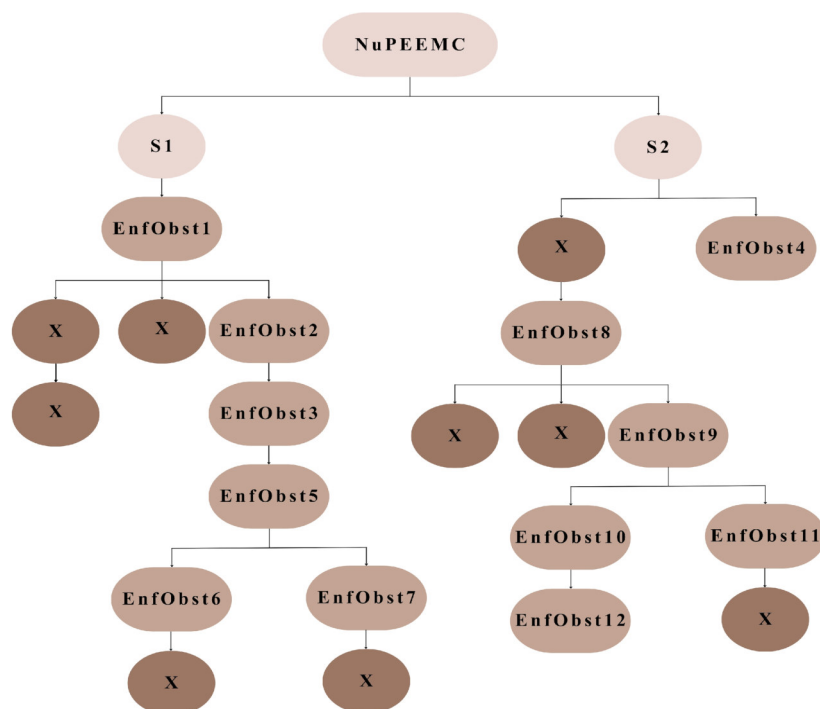
conveniência, chamados de “sementes”. Estes indicaram outros participantes que também se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão (GIL, 2010).

Visando facilitar o entendimento da captação das participantes, foi elaborado um diagrama demonstrando a amostragem do estudo. Cada participante é representada por uma forma, contendo o seu respectivo número, atribuído por ordem de entrevista.

As formas identificadas com a letra “S” referem-se às enfermeiras obstetras sementes, que foram captadas dentre as integrantes do Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança (NuPEEMC), que pertence ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil da UNIRIO, conforme descrito acima. Mediante Termo de Anuência expedido e assinado pela coordenadora do Núcleo (Apêndice E), foi disparada uma mensagem no grupo do Núcleo na plataforma de comunicação *WhatsApp*, onde encontram-se os membros participantes, na tentativa de captar as sementes.

As formas identificadas com a letra “X”, referem-se às enfermeiras obstetras que foram indicadas, mas não aceitaram ou não responderam ao convite para participar da pesquisa. Aquelas identificadas com a sigla “EnfObst” seguida de um algarismo arábico referem-se às enfermeiras obstetras que responderam à entrevista desta pesquisa.

Figura 1 – Captação da Amostragem das Participantes:



Fonte: A Autora, 2026.

Sendo assim, a primeira participante, indicada pela primeira semente (S1), foi identificada como EnfObst1, tem 31 anos de idade e 4 anos e 2 meses de formação enquanto

enfermeira obstetra e de experiência profissional atuando na assistência obstétrica. A participante indicou três colegas: a primeira não aceitou o convite, referindo não se sentir à vontade para participar de uma entrevista por vídeo chamada; agradeceu ao convite e indicou uma colega, que não respondeu à carta convite. A segunda indicada não respondeu à carta convite. Já a terceira, aceitou e foi identificada como EnfObst2.

A segunda participante, identificada como EnfObst2, tem 26 anos de idade e 2 anos e 4 meses de formação enquanto enfermeira obstetra e de experiência profissional atuando na assistência obstétrica. A participante indicou uma colega, que aceitou e foi identificada como EnfObst3.

A terceira participante, identificada como EnfObst3, tem 30 anos de idade e 3 anos e 4 meses de formação enquanto enfermeira obstetra e de experiência profissional atuando na assistência obstétrica. A participante indicou uma colega, que aceitou e foi identificada como EnfObst5.

A quarta participante, identificada como EnfObst4, foi indicada pela S2, tem 31 anos de idade e 5 anos e 5 meses de formação enquanto enfermeira obstetra e de experiência profissional atuando na assistência obstétrica. A participante não indicou outras.

A quinta participante, identificada como EnfObst5, tem 28 anos de idade e 3 anos e 4 meses de formação enquanto enfermeira obstetra e de experiência profissional atuando na assistência obstétrica. A participante indicou duas colegas, que aceitaram e foram identificadas como EnfObst6 e EnfObst7. Cada uma delas indicou uma colega, mas nenhuma respondeu ao convite.

A sexta participante, identificada como EnfObst6, tem 34 anos de idade e 4 anos e 4 meses de formação enquanto enfermeira obstetra e de experiência profissional atuando na assistência obstétrica. Para as primeiras perguntas da entrevista, demonstrou-se confusa, com dificuldade para encontrar palavras para respondê-las.

A sétima participante, identificada como EnfObst7, tem 31 anos de idade e 3 anos e 5 meses de formação enquanto enfermeira obstetra e de experiência profissional atuando na assistência obstétrica. Durante a entrevista, sua conexão à internet apresentou falhas, mas que não atrapalharam o seu andamento.

A segunda semente, denominada S2, indicou duas colegas: a EnfObst4, citada acima, e uma enfermeira obstetra que, apesar de não atender aos critérios de inclusão do estudo por não estar atuando na assistência obstétrica, indicou uma colega, que aceitou o convite e foi identificada como EnfObst8. Ela tem 37 anos de idade e 8 anos e 6 meses de formação enquanto enfermeira obstetra e de experiência profissional atuando na assistência obstétrica. Além de

atuar na assistência, ela tem experiência na docência, atuando como professora de um curso de graduação em enfermagem. Ela indicou três colegas: duas não responderam ao convite e uma aceitou, sendo identificada como EnfObst9.

A nona participante, identificada como EnfObst9, tem 34 anos de idade e 4 anos e 6 meses de formação enquanto enfermeira obstetra e de experiência profissional atuando na assistência obstétrica. Ela indicou duas colegas, que aceitaram participar do estudo e foram identificadas como EnfObst10 e EnfObst11.

A décima participante, identificada como EnfObst10, tem 36 anos de idade e 10 anos e 7 meses de formação enquanto enfermeira obstetra e de experiência profissional atuando na assistência obstétrica. Ela indicou uma colega, que não se enquadrava nos critérios de inclusão, pois possuía menos de 1 ano de experiência profissional enquanto enfermeira obstetra.

A décima primeira participante, identificada como EnfObst11, tem 37 anos de idade e 10 anos e 7 meses de formação enquanto enfermeira obstetra e de experiência profissional atuando na assistência obstétrica. Ela indicou uma colega, que não respondeu ao convite.

3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS:

Após o contato com as sementes, foi enviada uma carta convite para participação da pesquisa (Apêndice A) às participantes indicadas pelas sementes via mensagem eletrônica (*e-mail* ou *WhatsApp*), na qual constava um link criado no aplicativo gerenciador de pesquisa *Google Forms* (<https://forms.gle/Fkq74BEfEgJp843N9>), contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). Os convites foram enviados individualmente, contendo apenas um remetente e um destinatário, de forma a preservar a identidade dos participantes.

O cenário de pesquisa foi desenvolvido em ambiente virtual. Após o aceite de participação na pesquisa, foi realizado um novo contato entre a pesquisadora principal e a participante da pesquisa para realizar o agendamento da entrevista. Estas ocorreram através da plataforma de comunicação por videochamada *Google Meet* com uma sala de reunião previamente criada pela pesquisadora (<https://meet.google.com/hib-jytt-drw>), de forma que fosse garantida a privacidade da participante, em dia e hora previamente combinados após o seu aceite em participar desta pesquisa.

Como técnica de coleta de dados, foram realizadas entrevistas individuais elaboradas previamente, de forma que a entrevistada pudesse dissertar sobre as perguntas sem distanciar-se do foco principal elaborado pela pesquisadora. A entrevista realizada foi do tipo

semiestruturada (Apêndice B), contendo perguntas abertas e fechadas no que tange ao perfil sociodemográfico da entrevistada e o ensino sobre os cuidados de enfermagem às mulheres que vivenciam o abortamento e o óbito fetal durante a sua formação profissional em enfermagem obstétrica nos moldes de residência e as suas repercussões para atuação profissional. Como dados sociodemográficos, foram questionados o nome completo da participante, sua idade, ano de formação profissional em enfermagem obstétrica e o seu tempo de atuação na assistência obstétrica.

O número de participantes da pesquisa foi definido a partir da técnica de saturação indutiva, na qual a coleta de dados é interrompida a partir do momento em que não surgem novos códigos que possam originar novos temas que, por sua vez, pudessem originar novas subcategorias e/ou categorias (SAUNDERS et al, 2018).

Considerando o objetivo da pesquisa, foi decidido criar o quadro de saturação de dados com base nas respostas obtidas nas entrevistas, exposto no apêndice G. A última entrevista com novo enunciado foi a da EnfObst10, seguida de mais 1 entrevista sem novos enunciados. Sendo assim, a amostra da pesquisa foi de 11 enfermeiras obstetras.

Os áudios das entrevistas foram gravados por recurso próprio do *notebook* da pesquisadora, salvos no seu *Google Drive* e, posteriormente, foram transcritos na íntegra para análise. As entrevistas aconteceram entre os meses de abril e setembro de 2025.

Os dados coletados foram utilizados apenas nesta pesquisa e os seus resultados serão divulgados em eventos científicos e/ou revistas científicas. As participantes não tiveram custo ou qualquer ganho. Os recursos necessários para a pesquisa previstos no orçamento estão sendo custeados pela autora.

Como limitação na coleta de dados, a pesquisadora principal encontrou dificuldades para iniciar a captação de participantes sementes. Nos primeiros momentos, não houve resposta à mensagem enviada no grupo do NuPEEMC na plataforma de comunicação *WhatsApp*, na tentativa de captar as sementes. Somente após reenvio do convite, foi possível captar as duas sementes. Posteriormente, houve, também, dificuldade para que as enfermeiras obstetras indicadas aceitassem participar da pesquisa.

3.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS:

Para análise e discussão dos dados qualitativos, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin (2011, p. 42), como “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do

conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens”.

Como suporte metodológico também foi utilizada a Análise de Conteúdo Temático-Categorial descrito por Oliveira (2008). Este processo envolveu procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das entrevistas, que perpassou por três fases: pré-análise, na qual ocorreu a leitura flutuante do conteúdo; exploração do material, que se refere a operação de codificação, decomposição ou enumeração; e tratamento dos resultados, a partir da decodificação e significação dos dados.

A codificação do material determinou as Unidades de Registro (UR) por meio de temas, por meio de temas, enquanto a criação das categorias ocorreu através do agrupamento das Unidades de Significação (US) que se relacionavam. As tabelas contendo as UR e US e a divisão categorial encontram-se nos apêndices F e H.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS: RISCOS E BENEFÍCIOS:

A etapa de campo somente iniciou após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) no dia 04 de fevereiro de 2025, com CAAE 84374624.1.0000.5285 (apêndice D). Mediante a devida autorização pelas participantes no TCLE, os áudios das entrevistas foram gravados por recurso próprio do *notebook* da pesquisadora, salvos no seu *Google Drive* e, posteriormente, foram transcritos na íntegra para análise. Após 5 anos, os dados serão devidamente descartados.

Os aspectos éticos dessa pesquisa obedeceram às Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual trata das diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos, como por exemplo a garantia do sigilo e não identificação das profissionais envolvidas (BRASIL, 2012) (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, a autorização dos participantes foi registrada por meio do TCLE, contendo os objetivos e a finalidade da pesquisa, bem como a participação voluntária e a manutenção do anonimato das informações. Ao final do preenchimento do TCLE, foi automaticamente enviada uma cópia ao e-mail da participante.

As participantes foram identificadas de forma a manter sua identidade preservada, adotando-se a sigla “EnfObst”, remetendo ao termo enfermeira obstetra, seguidas de um algarismo arábico, representando a ordem de realização das entrevistas.

Os benefícios não foram, necessariamente, para o benefício direto da participante. Entretanto, as informações sobre o tema da pesquisa poderão subsidiar propostas de qualificação profissional na formação profissional de novas enfermeiras obstetras.

Esta pesquisa ofereceu riscos mínimos às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano. Por se tratar de uma pesquisa virtual, houve o risco de ocupar o tempo do participante ao participar da entrevista; divulgação de dados (registrados no TCLE) em caso de ataque hacker; invasão de privacidade; interferência na vida e na rotina; constrangimento de interagir com estranhos, mesmo que de forma virtual; medo de repercussões eventuais. Caso não se sentisse à vontade, a participante poderia simplesmente não responder à questão, ou até mesmo desistir de participar da pesquisa, mesmo após o preenchimento do TCLE.

4. RESULTADOS:

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES:

A caracterização do perfil das participantes é fundamental para auxiliar a compreensão da realidade de formação e de atuação profissional de cada uma das enfermeiras obstetras participantes no que tange à sua assistência obstétrica. As variáveis desse perfil são: idade, ano de formação profissional em enfermagem obstétrica e tempo de atuação na assistência obstétrica.

Essas informações foram divididas no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 – Perfil das Enfermeiras Obstetras Entrevistadas:

Participante:	Idade:	Ano de Formação Profissional em Enfermagem Obstétrica:	Tempo de Atuação na Assistência Obstétrica:
EnfObst1	31 anos	2021	4 anos e 2 meses
EnfObst2	26 anos	2023	2 anos e 4 meses
EnfObst3	30 anos	2022	3 anos e 4 meses
EnfObst4	31 anos	2020	5 anos e 5 meses
EnfObst5	28 anos	2022	3 anos e 4 meses
EnfObst6	34 anos	2021	4 anos e 4 meses
EnfObst7	31 anos	2022	3 anos e 5 meses
EnfObst8	37 anos	2016	8 anos e 6 meses
EnfObst9	34 anos	2021	4 anos e 6 meses
EnfObst10	36 anos	2015	10 anos e 7 meses
EnfObst11	37 anos	2015	10 anos e 7 meses

Fonte: A Autora, 2026.

Foram realizadas entrevistas com 11 enfermeiras obstetras, com média de idade de 32 anos, sendo a mais nova com 26 anos e a mais velha com 37 anos. Destas, 2 concluíram a sua formação profissional em enfermagem obstétrica no ano de 2015, 1 em 2016, 1 em 2020, 3 em 2021, 3 em 2022, 1 em 2023 e 1 em 2025. A média do tempo de atuação na assistência obstétrica é de 5 anos e 5 meses, sendo as duas com maior tempo de experiência com 10 anos e 7 meses e a com menor tempo com 2 anos e 4 meses

Este trabalho foi propositalmente escrito utilizando o gênero feminino para o termo “enfermeiras obstetras”, ao invés de “enfermeiros obstetras”, não apenas porque todas as participantes do estudo foram do sexo feminino, mas, principalmente, porque as mulheres são maioria nesta categoria profissional.

Algumas entrevistas passaram por reagendamentos a pedido das participantes, que alegaram motivos pessoais. A maior parte das entrevistas foi realizada nos dias de folga das entrevistadas. Apenas duas aconteceram durante o horário de jornada de trabalho, a pedido das participantes, sendo este o momento mais oportuno para tal. Duas aconteceram em ambientes em que as participantes estavam com seus respectivos filhos, não tendo interferência direta ou indireta nas entrevistas.

De um modo geral, as participantes expressaram satisfação em participar da pesquisa, muitas referindo ser uma temática interessante e de extrema relevância para a enfermagem obstétrica. Vale frisar que as expressões faciais das participantes, muitas vezes, envolviam espanto ao ouvirem as perguntas contidas na entrevista.

4.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS:

Durante o processo de análise da transcrição das entrevistas realizadas, foram identificadas 342 URs, organizadas em 21 US, que originaram em duas categorias: “Ensino Teórico x Ensino Prático na Residência sobre o Abortamento e o Óbito Fetal a partir da Percepção das Enfermeiras Obstetras”, com 226 URs e 10 US, e “A percepção das enfermeiras obstetras sobre a assistência de enfermagem às mulheres que vivenciam abortamento e óbito fetal”, com 116 URs e 11 US. A primeira categoria possui três subcategorias: “Ensino teórico sobre o abortamento e o óbito fetal com ênfase nos saberes biomédicos” (132 URs e 5 US), “Ensino teórico com enfoque da assistência aos processos de gestação, trabalho de parto e parto de mulheres classificadas como risco habitual” (45 URs e 2 US) e “A importância do campo prático para suprir as fragilidades do ensino teórico” (49 URs e 3 US).

4.3 CATEGORIA 1 – “ENSINO TEÓRICO X ENSINO PRÁTICO NA RESIDÊNCIA SOBRE O ABORTAMENTO E O ÓBITO FETAL A PARTIR DA PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS OBSTETRAS”:

A primeira categoria busca atender ao primeiro objetivo deste estudo ao descrever como as enfermeiras obstetras percebem a sua formação profissional na residência no que tange ao abortamento e óbito fetal.

Nela, foram abordados aspectos importantes como: a ênfase nos saberes biomédicos e na assistência aos processos de gestação, trabalho de parto e parto de mulheres classificadas como risco habitual no ensino da residência em enfermagem obstétrica, a abordagem superficial dos cuidados de enfermagem às mulheres que vivenciam o luto materno e a importância do campo prático para suprir as fragilidades do ensino teórico. Essas temáticas foram divididas em subcategorias de forma a otimizar a compreensão do leitor.

4.3.1 Ensino Teórico sobre o Abortamento e o Óbito Fetal com Ênfase nos Saberes Biomédicos:

Esta subcategoria evidencia a visão das entrevistadas quanto a dois aspectos importantes: o enfoque do ensino da residência em enfermagem obstétrica nos saberes biomédicos e a abordagem superficial dos cuidados de enfermagem às mulheres que vivenciam o luto materno.

A ênfase nos saberes biomédicos durante o segmento teórico da residência foi apontada 12 vezes por 7 entrevistadas. Nas falas, é possível perceber um direcionamento dos conteúdos programáticos para a diferenciação entre o abortamento e o óbito fetal no que tange aos fatores que os definem (idade gestacional, peso e estatura do conceito) e entre os tipos de abortamento. As condutas e os procedimentos médicos a serem seguidos nestes casos também ganharam destaque, além das possíveis complicações e repercussões hemodinâmicas.

“Sempre falam das diferenças, das definições sobre o que é abortamento retido, aborto evitável, inevitável, aborto legal etc. Falava sobre a parte dos procedimentos, de Curetagem, de AMIU.” (EnfObst4)

“Parece que essa fica mais numa parte mais do fazer médico. Não abrange muito os cuidados da enfermagem obstétrica em si. Então, era só para a gente conhecer, saber o

que é, quais os cuidados tomar em cada tipo de abortamento, o que ficar mais alerta que possa botar a vida da mulher em risco. Mas nada muito profundo.” (EnfObst10)

10 participantes referiram não se recordarem sobre a contemplação das temáticas no conteúdo programático do segmento teórico da residência ou afirmaram a sua ausência. Houve, ainda, relatos de ausência de apenas um assunto e abordagem superficial do outro.

“Sinceramente? Eu não tenho muita recordação de ter abordagem desse tema, não.” (EnfObst1)

“Eu não consigo nem me recordar, exatamente.” (EnfObst6)

“A aula que eu tive na residência, foi aquela aula bem basal mesmo, dos tipos de aborto. Sobre a questão do óbito fetal, a gente não teve aula propriamente dita.” (EnfObst8)

“Eu não me recordo de ter sido abordado durante o curso de residência, se teve alguma abordagem. Durante o período de curso, foi apenas uma palestra, não uma aula específica. Mas algum convidado que veio e falou um pouco sobre perda fetal. Agora, o tema do abortamento, eu não tenho nem certeza se falou.” (EnfObst10)

O caráter de superficialidade atribuído pelas entrevistadas à abordagem das temáticas durante a formação profissional em enfermagem obstétrica foi destacado 10 participantes, principalmente no que concerne aos cuidados de enfermagem à esta clientela específica.

“Eu acho que foi só uma assim uma pincelada nesse tema.” (EnfObst1)

“Eu acho que, talvez, tenha sido de uma forma bem rasa, bem superficial.” (EnfObst6)

“Eu achei que o assunto foi abordado de uma forma muito superficial.” (EnfObst10)

Para suprir essa demanda, 10 participantes compactuam com a ideia de que a temática deveria estar contemplada no conteúdo programático do segmento teórico dos programas de residência em enfermagem obstétrica, conforme exemplificado em:

“É ter mais aulas teóricas, ter mais cursos, ter mais palestras.” (EnfObst2)

“Residentes deveriam, sim, ter uma disciplina focada nisso.” (EnfObst3)

“Acho que tem que ser, inclusive, uma disciplina obrigatória.” (EnfObst9)

“Eu acho que a gente deveria [...] abordar esse tema na nossa formação.” (EnfObst10)

Por fim, também foi apontada a sugestão de aulas teóricas com profissionais da Psicologia durante a formação profissional com o intuito de estimular os profissionais ao desenvolvimento de habilidades emocionais e relacionais.

“Eu acho que a gente poderia ter aulas com psicólogas, para a gente saber como abordar. Acho que a abordagem é tudo! Então acho que a gente ter aulas com psicólogos para a gente saber como lidar, como a gente vai abordar essa mulher, como a gente vai falar com ela, como a gente vai chegar nela, como a gente vai abordar essa temática com ela e falar.” (EnfObst7)

4.3.2 Ensino Teórico com Enfoque da Assistência aos Processos de Gestação, Trabalho de Parto e Parto de Mulheres Classificadas como Risco Habitual:

Esta subcategoria evidencia a visão das entrevistadas quanto ao enfoque do ensino da residência em enfermagem obstétrica aos processos de gestação, trabalho de parto e parto de mulheres de mulheres classificadas como risco habitual.

“Eu acho que, num geral, a residência foca no parto, no pré-natal. E até o puerpério é, assim, meio largado. O foco, realmente, é no parto normal e no pré-natal. Que, de fato, é o que a gente acaba tendo mais contato. Eu entendo! Eu entendo, também, que é uma questão de aplicabilidade.” (EnfObst4)

“Eram abordados mais os assuntos ali do dia a dia, da sala de parto: mecânica fetal, trabalho de parto, sífilis.” (EnfObst7)

“Fala-se muito sobre o pré-natal. Fala-se muito sobre o parto humanizado. Fala-se muito sobre as tecnologias. Mas, esse atendimento em si, é uma pincelada numa aula pontual. Nem entra, às vezes, no nosso cronograma de ensino.” (EnfObst10)

Seguindo esta linha, 9 participantes discorreram acerca da importância da temática para a formação profissional em enfermagem obstétrica, haja visto o seu pertencimento ao espectro da assistência obstétrica.

“Eu acho que a gente dá muita atenção à humanização do parto, aos bons desfechos. Principalmente a enfermagem. Porque a gente entende que a enfermagem obstétrica vai estar ali com uma mulher de risco habitual. [...] A gente acaba focando muito só nos bons desfechos, na humanização do cuidado daquele bebê que vai nascer bem, que vai nascer lindo. O parto é lindo. E é tudo maravilhoso. E a gente tem focado pouco nos maus desfechos. E em como abordar os maus desfechos. E como prosseguir a assistência.” (EnfObst1)

“A gente entra na residência, entra nessa formação, com uma visão muito de nascimentos, uma visão muito de vida. Mas a gente tem que entender o outro lado, também. A gente precisa aprender a lidar com esse lado obscuro que a gente fala da obstetrícia, que, infelizmente, acontece.” (EnfObst3)

“Mas que a gente, enquanto residente, enquanto profissional, a gente precisa saber lidar, porque a gente já está acostumado com partos de fetos vivos, aquela coisa linda maravilhosa. Mas obstetrícia nem tudo são flores, né?” (EnfObst7)

4.3.3 A Importância do Campo Prático para Suprir as Fragilidades do Ensino Teórico:

A proatividade nos campos práticos da residência para prestar assistência às mulheres que foram diagnosticadas com quadros de abortamento e óbito fetal foi apontada como crucial por duas participantes do estudo para a obtenção de conhecimentos acerca da temática, conforme exposto em:

“Mas na vivência mesmo, se eu não tivesse participado de alguns casos, hoje eu não participaria do jeito que eu atuo atualmente. [...], Mas se eu não tivesse o interesse de talvez estar ali, de estar ao lado dessa mulher, talvez, hoje, eu não teria uma cabeça assim, sabe? Para poder entrar e atuar, estar ao lado. Que é uma das nossas principais funções também nesse momento.” (EnfObst2)

“Essa busca dependeu muito mais de mim, do que eu assistia, do que eu via, do que eu queria entender, ‘né’?” (EnfObst3)

Apontado por 9 entrevistadas, o aprendizado proporcionado pela vivência nos campos práticos da residência ganhou destaque com 26URs. O acompanhamento com as preceptoras e o contato com as pacientes foram primordiais para o enriquecimento da bagagem de aprendizados das enfermeiras obstetras durante a residência.

“A minha formação foi molde de residência. E uma vez que é em molde de residência, eu tive muito contato direto com pacientes, o tempo todo, por muitas horas. Então, o fato de eu ter essa prática muito forte, acabou que, na prática, eu tive muitos ensinamentos quanto a isso. [...] Eu tenho recordação, por exemplo, de uma vez que aconteceu comigo. [...] Eu estava passando a visita nas enfermarias e eu perguntei para a mãe: ‘Cadê seu bebezinho?’; e ela me respondeu: ‘Está no necrotério!’. Aquilo me abalou muito! Eu lembro até hoje. Eu fiquei sem saber o que falar, sem saber o que responder. E não estava sinalizado de forma alguma na passagem de plantão que era um FM. Eu lembro que naquele dia, eu por eu mesma, sabe? Entendi como deveria ser a minha abordagem às mulheres, perante o risco de eu receber respostas como essa.” (EnfObst1)

“Mas, eu acho que a residência, a prática, me deu muito mais bagagem do que as aulas teóricas.” (EnfObst12)

“A vivência é que me ajudou a lidar com esse tipo de situação. ‘*Staffs*’ que falavam: ‘Aborda dessa forma! Cuidado com o que você fala!’.” (EnfObst7)

Por fim, a deficiência de conhecimentos acerca da temática foi contornada através da busca autônoma, apontada em falas como:

“Eu acabei tendo que procurar por fora e ler o assunto por fora pra poder entender um pouco mais sobre o processo.” (EnfObst3)

“Como eu era uma pessoa que estudava além do que a aula dava, do que o programa oferecia, então eu usava os meus os atendimentos que eu tive durante a residência e pegava como estudos de caso e estudava por conta própria.” (EnfObst8)

4.4 CATEGORIA 2 – “A PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS OBSTETRAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES QUE VIVENCIAM O ABORTAMENTO E O ÓBITO FETAL”:

A segunda categoria busca atender ao segundo objetivo deste estudo ao descrever as repercussões sobre a atuação profissional na visão das participantes quanto ao ensino sobre a assistência de enfermagem às mulheres que vivenciam o abortamento e o óbito fetal durante a sua formação profissional em enfermagem obstétrica nos moldes de residência.

Nela, foram abordados aspectos importantes como: o reconhecimento do déficit de conhecimento acerca da temática através do tempo de experiência profissional, dificuldades emocionais e comunicacionais, sensação de despreparo para a assistência, dentre outros.

Inicialmente, destaca-se o discurso da EnfObst4, que refere contato direto com pacientes com quadro de perdas gestacionais somente após o término da residência, ao iniciar a vida profissional já enquanto enfermeira obstetra:

“Na verdade, eu não tive tanto contato assim com essa parte prática, né, do abortamento, os cuidados etc. Eu fui ter mais isso mesmo quando eu me formei e fui trabalhar numa maternidade.” (EnfObst4)

A experiência profissional das participantes após o término da residência foi relatada como fator importante para o reconhecimento do déficit de conhecimentos acerca da temática e para o processo de aprendizagem.

“Ao longo do processo de estar envolvido no mercado de trabalho a gente vai criando nossas estratégias, aprofundando um pouquinho mais, dadas as necessidades do trabalho, do dia a dia. A gente vê que existe esse público. Não são poucas as mulheres que, infelizmente, estão tendo óbitos e abortos. Elas estão lá, elas precisam ser vistas. A gente entende essa necessidade de aprofundar os conhecimentos.” (EnfObst6)

“Eu acredito que, dentro da pós-graduação, especificamente na residência, ficou bem aquém do que eu esperava. Principalmente pelo que eu aprendi depois. Enfim. Durante eu não percebi essa falta. Não notei que estava deficiente nisso. Eu fui notar só depois.” (EnfObst10)

“Na época que a gente está se formando, que a gente está aprendendo, a gente acha que realmente não tem muito a ver com a enfermagem obstétrica, assim, diretamente. Então, o que é abordado, a gente acha que foi o suficiente para nossa atuação. Só que depois de anos e anos, uma década aí, já, em sala de parto, a gente vê o quanto a gente tem o déficit do conhecimento desse assunto.” (EnfObst11)

A sensação de despreparo e as dificuldades encontradas pelas participantes estão relacionadas às habilidades comunicacionais e emocionais de enfrentar a situação de luto materno em que as pacientes em questão se encontram. Essas dificuldades foram relatadas, também, através da sugestão da sua inserção no ensino da residência.

“É emocionalmente difícil para a gente, também. Você ver uma mulher que queria muito ter aquela gestação, que queria muito aquele filho. E você, às vezes, não sabe lidar com aquilo. Às vezes, por não saber como lidar. [...] É muito difícil lidar com isso, principalmente sendo mulher.” (EnfObst2)

“A gente vai com todo o coração querendo ajudar e entender o processo, mas determinadas coisas a gente precisa saber como falar. [...] Se a gente não tem um direcionamento de pessoas já formadas, que já vivenciaram isso, dificulta bastante a assistência.” (EnfObst3)

“É pesado para a gente, também, trabalhar com isso. E eu, que fui mãe recentemente. Tenho um bebê de 11 meses. [...] Eu sofro muito junto com as mulheres. Então, eu acho que poderia ter dado uma ênfase maior nessa parte mesmo, de um preparo psicológico para a gente.” (EnfObst4)

“Eu não me senti preparada para lidar com a questão do óbito, de como comunicar, como abordar, como acolher essa mulher. Óbvio que a residência inteira a gente falou muito sobre respeito, mas precisa de uma abordagem diferenciada para esse tipo de assistência. E eu acredito que não saí me sentindo preparada para estar atuando com essas mulheres.” (EnfObst6)

“As perdas são difíceis. Então, a gente precisa estar preparado como equipe para poder apoiar a clientela que a gente recebe. E para se apoiar, também, enquanto seres humanos que estão ali lidando com uma perda, que a gente não foi preparado para lidar.” (EnfObst10)

Dentre as repercussões analisadas, também foi possível observar falas que evocam um distanciamento das mulheres que enfrentam o luto perinatal, falta de sensibilidade da equipe de saúde e enfoque assistencial às mulheres classificadas como risco habitual.

“A gente entende que enfermagem obstétrica vai estar ali com uma mulher de risco habitual. E aí, geralmente são bons desfechos. Até porque, se virar um alto risco, se virar uma situação que pode acarretar um óbito fetal, a gente já passa... por mais que a gente acompanhe junto, multiprofissional, a gente passa essa assistência para a equipe médica.” (EnfObst1)

“Eu vejo o quanto, não só a enfermagem, mas a área da saúde, têm um olhar muito ruim sobre o abortamento e sobre a perda. Da gestação, da mulher. As pessoas não têm um olhar carinhoso sobre isso. Não ficam ali com ela nesse processo. Normalmente, é tratado realmente como: ‘Ah, perdeu. Paciência! Da próxima vez,

você faz outro. Depois você tem outro.’. E não é assim. Não é: ‘Depois você tem outro. Depois você faz outro’. Um filho ou não substitui o outro. Mesmo que tenha sido lá no início, não é. Não vai substituir.” (EnfObst2)

“Eu sei que, muitas vezes, profissionais acabam se tornando mais frios, mais secos, como uma forma de se blindar. E não levar todo esse peso para si, não carregar para si, não levar para casa. Mas eu não quero ser essa profissional que se blindar dessa forma, tornando o processo frio, não sendo humanizado e empática com essa mulher, com essa família.” (EnfObst4)

“As pessoas tratam de uma forma tão corriqueira, assim, tão superficial, que acabam transmitindo da mesma forma, na questão superficial. Por exemplo, o óbito fetal. Ele sempre está associado a alguma. Na maioria das vezes, ou uma diabetes gestacional descontrolada, ou a questão da Sífilis. Então, assim, as pessoas preferem ou acabam abordando mais sobre a doença causadora do que sobre o próprio óbito mesmo em si.” (EnfObst8)

“O óbito, quando é em idade a termo, assim, a gente tem dificuldade de prestar aquele cuidado no sentido de partejar. Que é o trabalho de parto. A gente só não vai ter o bebezinho vivo ali no final. Mas ele vai nascer. De qualquer forma, a mulher vai ter esse trabalho de parto; da mesma forma que a outra mulher também tem. E a gente não consegue muito chegar perto dela. [...] E acaba que essas clientelas que a gente pode deixar um pouquinho de lado, não dar tanta atenção, elas acabam ficando sem o nosso atendimento mesmo, sem o nosso cuidado.” (EnfObst10)

Ainda nesse contexto, a estrutura física da maternidade foi apontada como fator propiciador de dificuldade para a qualidade assistencial a estas mulheres:

“E para as que tiveram uma perda, às vezes, elas ficam até piores. Porque elas, às vezes, têm que dividir enfermaria com as mulheres que já tiveram seu neném. Vão para uma sala de parto que escutam choro, escutam o BCF. Quando a gente escuta de outra mulher. E isso, assim, me impacta muito! Às vezes, a gente não tem onde colocar. Não tem enfermaria adequada para esse tipo de atendimento.” (EnfObst10)

5. DISCUSSÃO:

A análise das entrevistas proporciona o entendimento de que, na visão das participantes, o ensino teórico sobre o abortamento e o óbito fetal ao longo do período em que cursaram a residência em enfermagem obstétrica convergiu para os saberes biomédicos e para a superficialidade dos cuidados às mulheres que vivenciam as perdas gestacionais.

Em pesquisa, apontou-se como defasado o ensino sobre o abortamento na formação em saúde. Descreve-se, ainda, o silenciamento da temática nas grades curriculares dos cursos de graduação em enfermagem no que tange ao ensino de preparo emocional e habilidades comunicativas (SCHROETER e PEREIRA, 2019).

Partindo do princípio de que, durante o processo de formação, o cuidado de enfermagem enfoca na dimensão técnica e é concebido enquanto intervenção, pressupõe-se que a educação nessa área segue um modelo biomédico, de forma que as discentes são preparadas apenas para realizarem procedimentos, e não para atuarem como um instrumento de materialização do cuidado em si (VIEIRA e SILVEIRA, 2011).

Dito isto, a ineficácia do modelo tradicional e compartimentalizado de ensino na formação em enfermagem demanda mudanças, a fim de responder ao desafio de formar profissionais qualificados para o trabalho em saúde, que respondam à real necessidade do SUS (BURGATTI et al, 2013; CYRINO e TORALLES-PEREIRA, 2004).

A partir do Parecer CNE/CES nº 583/2001, que orientou as diretrizes curriculares dos cursos de graduação, toda Instituição de Ensino Superior (IES) foi estimulada a inovar o processo de ensino aprendizagem nos cursos da área da saúde a fim de formar profissionais críticos-reflexivos e protagonistas na construção dos seus conhecimentos, consonante, também, às DCNs elaboradas em 2001, e pautados nos princípios e diretrizes do SUS (NALOM et al, 2019).

Retomando, as DCNs de 2001 do curso de graduação em enfermagem definiram o perfil da profissional a ser formada pelas IES: enfermeiras generalistas, humanísticas, críticas e reflexivas. Elas constituem um instrumento norteador dos processos de construção de projetos pedagógicos, que devem considerar as estudantes como sujeitas ativas no processo de ensino-aprendizagem e os professores como facilitadores desse processo; direcionar os conteúdos mínimos para a formação profissional na enfermagem; ter flexibilidade, formação integral e interdisciplinaridade; articular teoria e prática; e manter o ensino, a pesquisa e a extensão indissociáveis (BRASIL, 2001).

Os paradigmas pedagógicos preconizados pelas DCNs reforçam, dessa forma, o discurso de Freire (1997) quanto à pedagogia libertadora ao enfatizar a importância de promover a autonomia da aluna e valorizar a sua singularidade.

O desafio para mudar a formação dos profissionais de saúde se encontra justamente na perspectiva de proporcionar o desenvolvimento da autonomia individual ao longo do processo de ensino-aprendizagem. Para desencadear uma visão ampliada do todo e possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, o processo educativo deve admitir uma prática pedagógica que ultrapasse os limites de treinamentos puramente técnicos. No contexto da obstetrícia, a mudança na formação profissional em saúde é, também, uma das pautas da Rede Alyne, sustentando a sua filosofia num cuidado obstétrico humanizado e que contempla os processos fisiológico e psicológico das mulheres nos seus contextos social, racial e cultural (MITRE et al, 2008; BRASIL, 2024).

Dessa forma, as metodologias ativas tomam o espaço do tradicionalismo e propõem o protagonismo da aluna no processo de aprendizagem, visando tornar viável o desenvolvimento da sua autonomia (MITRE et al, 2008). Para Freire (2015), as metodologias ativas têm um alicerce teórico significativo na autonomia da educanda, de modo que a educação pressuponha uma discente que seja capaz de autogerenciar e autogovernar o seu processo de formação.

A fim de superar a concepção da pedagogia bancária, o ato de ensinar-aprender deve articular atividades nas quais aluna e professor compartilhem as parcelas de comprometimento e responsabilidade. Para isso, a educação libertadora proporcionaria, então, uma mudança de compreensão do mundo, de forma que essa lógica se torne crítica e criativa. Assim, a verdadeira aprendizagem se caracteriza pela transformação das educandas em reais sujeitas da construção e reconstrução dos conhecimentos ao lado da preceptora, que atua como professora e sujeita deste processo, conforme afirmado por Freire (1987; 1994).

Desse modo, ao tomar um papel cada vez mais ativo nesse processo, a aluna se descondiciona da condição restritiva de receptora de conteúdos e realiza a busca efetiva de conhecimentos, de forma que atenda aos objetivos da aprendizagem (SANTOS, 2005). Enquanto o professor, toma um papel essencial para a formação crítica da aluna ao atuar com o propósito de mediar, corrigir e estimular o desenvolvimento, a transformação e o enriquecimento da sua experiência pedagógica (CARVALHO, GÖTTEMS e GUILHEM, 2020).

A articulação entre a assimilação, a compreensão e a realidade da estudante são fundamentais para o seu aprendizado, tendo como pontos de partida o seu contexto pessoal e os seus conhecimentos empíricos, e que serão baseados na sua própria experiência. Dessa

forma, os novos saberes lhe proporcionarão um sentido, e não tão somente uma memorização. Portanto, o processo de aprender é reflexo da experiência da aluna ao ensino que é facilitado pelo professor (MELO, QUELUCI e GOUVÊA, 2014).

Dito isto, o processo de ensino-aprendizagem deve ser complexo e dinâmico, e não mais linear, como uma somatória de conteúdos estabelecidos previamente (CYRINO e TORALLES-PEREIRA, 2004; SANTOS, 2005). Ele exige que os docentes direcionem as alunas ao aprofundamento e à ampliação dos significados a partir da sua participação. Este fato requer do docente permanente reflexão, disponibilidade e pesquisa (ALMEIDA, 2002).

É nesse contexto que a proposta de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) toma lugar. Ela prioriza a criação de um ambiente propício para que a aluna, tida como centro do processo, seja capaz de construir ativamente a sua própria aprendizagem, articular os seus conhecimentos prévios com os novos estímulos proporcionados pelos problemas apresentados para estudo, desenvolver raciocínio crítico e habilidades comunicacionais para resolver os problemas clínicos e compreender a importância de que o aprendizado deve ser mantido ao longo de toda a sua carreira profissional (BARROWS, 1996; BARROWS e TAMBLYN, 1980).

Um currículo baseado na ABP provê subsídios para que a estudante desenvolva a sua capacidade de aprender a aprender, de trabalhar em equipe e de assumir um papel ativo e responsável pelo seu aprendizado. Tais fatos têm potencial de favorecer, então, o desenvolvimento de graus crescentes de autonomia pedagógica (MOURA, 1999).

Enquanto metodologia pedagógica ativa, a APB possibilita à aluna buscar pelo conhecimento de forma autônoma, permitindo-a adquirir contínuas renovações de conhecimento que a levarão a alcançar o êxito cognitivo ao longo da sua trajetória acadêmica. Ela também se tornará capaz de desenvolver destrezas, atitudes e habilidades que subsidiarão a sua prática profissional de forma qualificada (CAMPOS, RIBEIRO e DEPES, 2014).

Desse modo, a busca autônoma por conhecimentos proporciona aprendizagem reflexiva ao auxiliar a construção da capacidade cognitiva e do poder de análise crítica do aluno e, portanto, corrobora com as propostas de mudança dos modelos pedagógicos proposta pelas DCNs do curso de graduação em enfermagem, que prezam pela formação de profissionais com perfil crítico-reflexivo (BURGATTI et al, 2013; BRASIL, 2001).

Entretanto, romper com o tradicionalismo da pedagogia bancária através da adoção do uso de metodologias ativas de ensino na enfermagem requer, ainda, o desejo de inovar. É preciso que o corpo docente das IES busque a inovação metodológica que visa o desenvolvimento do componente crítico reflexivo das estudantes, especialmente de

enfermagem. A autonomia da enfermeira é crucial para o exercício das suas atividades e, portanto, devem ser estimulados mecanismos que proporcionem o seu desenvolvimento desde a graduação (FONTANA, WACHEKOWSKI e BARBOSA, 2020; WATERKEMPER e PRADO, 2011).

Contrariando ao exposto, ao sustentarem a sugestão de que o ensino sobre o abortamento e o óbito fetal deveria ter maior presença no segmento teórico dos programas de residência em enfermagem obstétrica através de aulas, cursos e/ou palestras, as participantes demonstram que o corpo discente ainda detém uma concepção de que a pedagogia bancária é o modelo ideal para alcançar o sucesso no processo de ensino-aprendizagem durante a especialização.

Atrelado a isto, destacam-se os discursos de que teria sido necessário buscar conhecimentos acerca da temática para além do que a especialização teria proporcionado. A busca autônoma foi percebida pelas enfermeiras obstetras como uma alternativa de contornar a fragilidade encontrada no segmento teórico dos cursos de residência por conta própria. Entretanto, as falas estiveram entranhadas de expressões de indignação, elucidando uma visão negativa e pejorativa da proposta pedagógica.

As políticas públicas que fomentam a formação profissional em enfermagem obstétrica anseiam profissionais que detenham atitudes que promovam a mudança do modelo de assistência obstétrica. Este fato afirma o comprometimento dos programas de residência para promover esta mudança ao basear o seu modelo de ensino na pedagogia libertadora, que incentiva a busca autônoma de conhecimentos e promove o desenvolvimento de atitudes crítico-reflexivas.

Desta forma, num cenário ideal, a residente poderia vivenciar determinadas situações no campo prático e problematizá-las com os conhecimentos advindos da busca autônoma. O diálogo teoria-prática-teoria é a base fundamental da pedagogia libertadora, proporcionando a formação de profissionais críticas e as mudanças desejadas para o modelo assistencial na obstetria.

Estes fatos reforçam, sobremaneira, que a implementação das metodologias ativas de ensino enquanto estratégia de mudança do modelo de formação profissional em saúde, especialmente na enfermagem, ainda é um importante desafio a ser enfrentado, haja vista a insatisfação das participantes frente ao ensino teórico das temáticas durante a residência em enfermagem obstétrica, e o evidente entendimento de que as salas de aula dos ambientes acadêmicos são o seu único campo de aprendizado e de que todo o conhecimento referente à especialização deveria ser transferido do professor à aluna.

Seguindo esta lógica, o processo analítico das entrevistas proporcionou, então, a compreensão de que as enfermeiras obstetras não reconheceram o campo prático da residência como um local promotor de ensinamentos.

Entretanto, para Fernandes e colaboradores (2003), o conceito de *aprender fazendo* questiona a sequência teoria-prática enquanto estratégia de produção de conhecimentos sustentada pela pedagogia bancária, assumindo que o conhecimento adviria, portanto, da *ação-reflexão-ação*. Nesta ótica, reafirma-se que o processo de ensino-aprendizagem na área da saúde deve articular teoria e prática, de forma que a prática mobilize a teorização do aprendido.

A fim de superar essa fragmentação curricular, os autores afirmam, ainda, que a articulação entre a teoria e a prática ultrapassa barreiras ao possibilitar que o corpo docente, discente e de profissionais dos serviços de saúde aprendam na prática, através das vivências. Desta forma, é possível iniciar o processo de ensino aprendizagem através do *fazer*, seguido de o *saber fazer* até, enfim, *refazer*. Através desta estratégia pedagógica, incorporam-se diversos cenários ao desafio de teorizar os conhecimentos a partir da prática (FERNANDES et al, 2003).

A educação e a saúde encontram-se interseccionadas quando os saberes e práticas das profissionais de saúde estão em processo de construção. Sob esta ótica, afirma-se que as políticas públicas de saúde devem direcionar estes espaços de produção de conhecimentos à uma formação adequada de recursos humanos para as realidades do SUS (CARVALHO, GÖTTEMS e GUILHEM, 2020)

Para atender essa realidade, a especialização em enfermagem na modalidade de residência confere oportunidades de aprofundamento dos conhecimentos técnicos-científicos através da integração da teoria e da prática, participação em eventos científicos e atividades coletivas sob supervisão de docentes e/ou preceptores. Esta modalidade é considerada a ideal para a enfermeira recém-formada, já que estabelece uma capacitação nos cenários reais de trabalho, com aprendizados baseados nas vivências assistenciais, nas relações interpessoais e no compartilhamento de saberes (SILVA et al, 2014).

Na modalidade de formação em residência, na qual 80% da carga horária total é atribuída ao segmento prático, é relevante planejar o projeto pedagógico na ótica de como o conteúdo será ensinado, partindo do pressuposto de que a base de aprendizagem está na prática do cotidiano profissional. O ensino em serviço expõe o corpo discente a situações que contribuem para uma construção ideológica pautada na ética e na identidade profissional (CARVALHO, GÖTTEMS e GUILHEM, 2020).

Tendo em vista a compreensão da aprendizagem como uma rota a ser seguida em direção à transformação da pessoa e da realidade, estudante e professor devem ser considerados sujeitos corresponsáveis do processo de ensino-aprendizagem, de forma que as práticas profissionais e pedagógicas sejam transformadas e possibilitem a reflexão crítica sobre esse processo (NALOM et al, 2019).

Nesse contexto, a integração entre os ambientes acadêmico e assistencial é uma proposta crucial para a real consolidação das mudanças nos processos de formação dos profissionais de saúde, possibilitando diminuir a dicotomia teoria-prática, aproximando as residentes aos princípios e diretrizes do SUS e capacitando-as a qualificar o seu cuidado (NALOM et al, 2019; KUABARA et al, 2014).

Entretanto, os resultados de Lima (2015) corroboram com os deste estudo ao mostrar que os cursos de residência possuem fragilidades, como dificuldades na supervisão da preceptoria nas unidades de internação, especialmente no alojamento conjunto, e dissociação entre os segmentos teórico e prático. As autoras afirmam, ainda, que o distanciamento entre docentes de sala de aula e preceptoras do campo prático pode comprometer a compreensão de que a prática é o estabelecimento da teoria em ação, elucidando um desafio para a real efetivação do ensino em serviço enquanto atividade teórico-prática dos programas de residência.

Enquanto articuladora dos ambientes laboral e acadêmico, a preceptora deve dominar os campos clínico e pedagógico de forma que seja possível transformar o cenário assistencial num ambiente educacional, onde as vivências práticas da rotina profissional se transformem em experiências de aprendizagem. Isso requer dela uma capacidade de mediar e conduzir este processo a partir da problematização da realidade e da provocação de um processo de ação e reflexão nas residentes. Com isso, preceptoras e residentes compartilham o processo de ensinar e aprender através da troca de experiências e da reconstrução dos conhecimentos no cenário real do SUS (RIBEIRO e PRADO, 2013).

As estratégias de ensino que envolvem uma aproximação integradora ao conhecimento são reconhecidas por promover melhores resultados do que a mera reprodução baseada na memorização. Nessa ótica, cabe à preceptora proporcionar oportunidades de cuidado, reconhecer as potencialidades e fragilidades de cada residente, valorizar as suas experiências e os seus conhecimentos prévios e motivar a construção coletiva dos novos saberes através do contexto do cuidado vivido no campo prático de formação. Esse é, então, o caminho para contribuir para a qualificação e humanização das profissionais em formação (MELO, QUELUCI e GOUVÊA, 2014).

Ao mesmo tempo em que discursam o não reconhecimento do campo prático da residência como um ambiente de ensino, as entrevistadas afirmam que os espaços assistenciais e o acompanhamento das preceptoras foram cruciais para o processo de aprendizagem. A dicotomia dos discursos leva à compreensão de que, mesmo que exista resistência para a superação da pedagogia bancária nos segmentos teóricos da especialização, a aceitação da prática enquanto promotora de aquisição e reconstrução de conhecimentos é um sinal de que as mudanças na educação em saúde propostas pelas políticas públicas não se encontram na estaca zero, mesmo que ainda exista um grande caminho a ser percorrido.

Algumas falas das participantes elucidam, ainda, a ausência de espaços promotores de práticas problematizadoras no que tange à temática em questão, corroborando com estudo que afirma que esta fragilidade é um obstáculo para possibilitar a construção do pensamento crítico das residentes. As autoras discursam, ainda, que isso seria reflexo da formação biomédica e hospitalocêntrica de parte das preceptoras que estão inseridas nas instituições de saúde (CARVALHO, GÖTTEMS e GUILHEM, 2020).

Serafim et al (2021) também destaca sobre a ausência de espaços de discussão e problematização das práticas de cuidados nos casos de óbitos fetais nos processos de formação profissional em saúde, assim como Ferreira et al (2021), que destacou estudo australiano que, ao avaliar os conteúdos programáticos de suas universidades, evidenciou a exclusão do ensino da gestão da perda perinatal na perspectiva de parte das participantes.

Os espaços formativos destinados a problematização dos cuidados diante de situações de óbitos fetais possuem uma lacuna. A experiência de enfrentar o nascimento de um natimorto é um grande desafio que requer uma postura profissional com habilidades de comunicação que facilite as relações de cuidado. Entretanto, um estudo inglês com graduandas de Obstetrícia revelou que as alunas se sentiam pouco preparadas para lidar com as perdas perinatais, apresentando dificuldades em redefinir o seu papel profissional, que tende a enfatizar o acompanhamento de gestantes e bebês saudáveis (SERAFIM et al, 2021).

Nesse sentido, as enfermeiras obstetras entrevistadas estabeleceram uma ligação entre a falta de conteúdos teóricos específicos sobre o abortamento e o óbito fetal e a sua repercussão direta tanto nas atividades desenvolvidas no campo prático durante a formação profissional em enfermagem obstétrica, quanto na sua prática profissional já enquanto especialistas.

Arelado ao ensino biomédico, as participantes reforçam, também, o discurso de que os cursos de residência mantiveram enfoque ao ensino da assistência ao trabalho de parto e parto de risco habitual, mantendo esta perspectiva à sua prática profissional.

A assistência ao parto de risco habitual pela enfermagem obstétrica é respaldada por um conjunto de leis, decretos e resoluções que asseguram a autonomia e a legalidade da atuação da enfermeira obstetra. A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7.498 de 1986, e a Resolução COFEN nº 516/2016 normatizam a atuação da enfermeira obstetra na assistência à parturiente e ao parto normal, cabendo a elas identificar possíveis distocias e tomar as providências cabíveis até a chegada do profissional médico (BRASIL, 1986; COFEN, 2016).

Em termos legais, cabe à enfermeira obstetra acompanhar integralmente os partos de risco habitual, desde o início do trabalho de parto até o nascimento, e o cuidado imediato ao recém-nascido. Havendo intercorrência, esta deve ser identificada, registrada e acionada a equipe médica, mantendo a segurança da mulher e do bebê (COFEN, 2016).

Entretanto, ao mesmo tempo em que reconhecem a necessidade de prestar uma assistência acolhedora às mulheres que vivenciam as perdas gestacionais e a importância da temática dentro do espectro da enfermagem obstétrica, as participantes referem dificuldades para exercer as suas atividades profissionais relacionadas à esta clientela.

Neste ponto, é preciso reconhecer que, em sua maioria, o significado da chegada de um bebê é atrelado à sentimentos positivos. Além de configurar um processo de intensas transformações sócio-físico-psíquicas e a necessidade de inúmeras adaptações, este momento carrega consigo a idealização dos traços do bebê e a construção de sonhos e planos com ele. A nova fase entrelaça uma nova visão de mundo, descobertas e sensações antes desconhecidas, provocando sentimentos, muitas vezes, contraditórios (BARROS, AQUINO e SOUZA, 2019; OLIVEIRA et al, 2023).

A notícia de uma perda inesperada tem grande potencial traumático, provocando impactos que afetam a relação conjugal e familiar. Concomitante ao desafio de viver o luto, há ainda a preocupação com o possível agravamento do quadro clínico da mulher decorrente de complicações (ALVARENGA et al, 2023; FERREIRA et al, 2021).

Muitas mulheres procuram atendimento em unidades de saúde sozinhas na expectativa de um prognóstico positivo, sem nem mesmo saber que estão passando por uma perda gestacional devido ao desconhecimento dos seus sinais e sintomas. Ao se depararem com o diagnóstico, enfrentam um turbilhão de sentimentos, numa mistura de tristeza, raiva, medo, indignação, culpa, descrença e isolamento, podendo evoluir para quadros psicológicos ainda mais graves. O desafio de viver o luto, para além de todos os sentimentos negativos, contraria, ainda, o ciclo natural da vida, no qual filhos enterram seus pais (ALVARENGA et al, 2023; SILVA et al, 2020; VESCOVI e LEVANDOWSKI, 2023).

Nesse contexto, a assistência e o cuidado recebidos nos serviços de saúde, que são considerados parte dos recursos sociais e econômicos disponíveis para a família que vive a perda, influenciam diretamente nesse processo: quando de forma positiva, promovem a resiliência; quando negativa, dificultam-na. A empatia e o preparo social são pontos-chave no processo de aceitação e enfrentamento do luto e para o fortalecimento da resiliência familiar (FERREIRA et al, 2021; VESCOVI e LEVANDOWSKI, 2023).

Juntos, a empatia e o cuidado que valoriza a experiência da perda podem atenuar os efeitos adversos provocados na saúde mental destas mulheres e famílias. A postura de cuidado humano se conecta aos princípios da dignidade, da comunicação efetiva e do apoio que reconhece a singularidade de cada vivência (SERAFIM et al, 2021).

O acolhimento com escuta ativa, sem julgamentos, que promove um vínculo de confiança e que leve em consideração as crenças e cultura diante do cuidado, deve ser um compromisso ético da equipe multidisciplinar. A abordagem da perda perinatal com manejo adequado dos sentimentos impacta positivamente na construção e no enfrentamento ao luto (OLIVEIRA et al, 2023; SILVA et al, 2020; ALVARENGA et al, 2023).

Portanto, a relação entre os profissionais de saúde e as mulheres deve seguir um caminho humanizado, baseado no cuidado e na segurança, de modo que a paciente seja ouvida e compreendida. A criação de vínculo terapêutico e de um bom relacionamento interpessoal são essenciais para o cuidado. É preciso que a enfermeira crie um ambiente aberto ao diálogo, oferecendo escuta ativa e proporcionando um cuidado integral e efetivo. Isto reforçará, então, os princípios e diretrizes preconizados pelo SUS (SILVA et al, 2020; BASTOS et al, 2017).

Entretanto, o que se evidencia na literatura, é a banalização, a descredibilização e a invalidação social do luto por perdas gestacionais. A assistência negligenciada, com falha no processo de acolhimento e inibição da possibilidade de as mulheres expressarem os seus sentimentos, provoca sensação de impotência nas famílias enlutadas, influenciada pela relação estabelecida com os profissionais inseridos nos serviços de saúde (MOREIRA et al, 2023; VESCOVI e LEVANDOWSKI, 2023).

Estudos apontam que profissionais de saúde declaram adotar como estratégia de autodefesa o distanciamento da mulher que sofreu uma perda, a fim de se proteger do desconforto que a situação de morte provoca. Paralelamente, enfermeiras referem reviver memórias póstumas ao se comoverem com a situação de suas pacientes, sendo inundadas com os sentimentos vividos em perdas próprias passadas. Tais fatos revelam o despreparo profissional para oferecer um suporte emocional adequado (FERREIRA et al, 2021).

A maternidade, culturalmente interligada à sentimentos positivos e alegres, provoca inúmeros desafios às figuras envolvidas no processo de perdas. Ao se depararem com o dilema entre lidar com as próprias emoções e desempenhar o seu papel, profissionais de saúde evidenciam dificuldades de lidar com a morte de um bebê ao adotarem postura defensiva, distanciamento e hostilidade. Tais comportamentos são traduzidos como mecanismos de autoproteção consequentes do despreparo (SERAFIM et al, 2021).

Profissionais relataram, ainda, sensação de imponência e sofrimento da equipe, indicando convergências entre os âmbitos pessoal e profissional de cada um. Diante de uma mulher e família que estão passando por uma perda gestacional, o medo e a negação vêm à tona e colocam em prova as condutas que devem ser tomadas enquanto profissional (SERAFIM et al, 2021).

O despreparo profissional é, também, observado através da deslegitimação do luto alheio através de um cuidado de menor qualidade às mulheres que passam por perdas precoces, podendo estar relacionado à descredibilização do abortamento, não equiparando-o à morte de um bebê (VESCOVI e LEVANDOWSKI, 2023).

Frente a isso, observa-se maior dificuldade das mulheres para a exteriorização dos sentimentos que lhe atravessam no momento e para pedir ajuda. Ainda, a falta de empatia da equipe reflete sobre a desqualificação da assistência prestada, muitas vezes demonstrada pela atribuição de caráter de normalidade à perda (ALCOCER, BIGNOTTO e BARBOSA, 2022; ALVARENGA et al, 2023).

Estes dados corroboram com os dados apresentados na segunda categoria analítica deste estudo, nos quais estas questões não se configuram como fragilidades para o cuidado técnico das enfermeiras obstetras, tendo em vista que a formação nos moldes de residência proporciona experiências práticas no atendimento à estas mulheres. Mas, sim, para o atendimento às suas necessidades subjetivas: o cuidado que proporciona apoio emocional.

Dito isto, as entrevistadas adotam atitudes de distanciamento da clientela como mecanismo de defesa para mitigar o sofrimento emocional enquanto pessoa detentora de sentimentos próprios, mas que provocam efeitos negativos sobre a qualidade da humanização da assistência ao luto perinatal. Com isto, reconhecem que o processo de ensino-aprendizagem na residência de enfermagem obstétrica deve, também, enfatizar o desenvolvimento de habilidades relacionais, que são fundamentais para os cuidados às mulheres e famílias que vivenciam as perdas gestacionais e o luto perinatal.

A ausência de preparo psíquico de estudantes é afirmada por estudiosos, que referem, ainda, a necessidade de ensino de habilidades de comunicação e auxílio nos sentimentos dentro

das IES, a fim de favorecer o bem-estar dos profissionais de saúde e, consequentemente, o aprimoramento da assistência prestada. Enfatiza-se, também, o lugar de importância destas instituições no resgate da essência humana e na formação de caráter dos profissionais (BORGES, CLEMENTE e NETTO, 2020).

A habilidade de comunicação dos profissionais de saúde é alvo de estudos, principalmente na enfermagem, categoria que permanece a maior parte do tempo à beira leito. Na visão de pacientes, a comunicação é apontada como fonte de desumanização da assistência através da restrição ao uso de termos técnicos e inadequados, pouca ou má orientação, frieza e insensibilidade nas palavras (VESCOVI e LEVANDOWSKI, 2023).

Indo de encontro aos dados deste estudo, a literatura demonstra que os profissionais encontram impasses nos momentos em que a comunicação de más notícias e o estabelecimento de interação com estas mulheres são necessários. Este fato reflete a carência de suporte de como agir nestas situações, advinda da ausência de capacitação e de sensibilização durante o processo de formação profissional (SERAFIM et al, 2021).

Corroborando com os dados deste estudo, o descontentamento com o cuidado recebido também é apontado pelo mau gerenciamento de leitos nas maternidades, uma vez que mulheres que sofreram perdas são acomodadas no mesmo espaço que gestantes de fetos vivos e puérperas acompanhadas de seus bebês. O ambiente físico e a organização de trabalho são apontados como barreiras para o acolhimento dessas mulheres, e impactam negativamente na criação de vínculo com a equipe de saúde e na experiência do luto, prejudicada pela falta de privacidade e de espaços protetores (ALVARENGA et al, 2023; SERAFIM et al, 2021).

Este cenário potencializa a sensação de frustração dos sonhos e planos ocasionados pela perda, intensifica o sofrimento causado pelo insucesso da gestação e pode resultar em quadros de depressão e traumas. Apontado como violência obstétrica, estes fatos enfatizam a real demanda de instituições de saúde providas de condições infra estruturais capazes de promover um acolhimento satisfatório e que garanta o respeito aos direitos destas mulheres (ALVARENGA et al, 2023; MOREIRA et al, 2023).

Rattner (2009) descreve a violência obstétrica como o agrupamento das formas de violências e danos causados por profissionais de saúde durante a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, inclusive no abortamento. Considerado um fenômeno socialmente complexo e um tema emergente para discussão na área da saúde da mulher, o termo define o uso de práticas intervencionistas desnecessárias e os maus tratos físicos, psicológicos e verbais, que podem resultar em traumas psicológicos profundos e impactar na saúde mental e física das mulheres (SILVA et al, 2020).

A OMS (2014, p.1) defende que *“todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação”*. Considerando, ainda, a situação de especial vulnerabilidade em que as mulheres se encontram durante a gestação, parto, puerpério e abortamento, aquelas que são vítimas de violência obstétrica tem o seu direito de receber um cuidado respeitoso ferido e os seus direitos humanos violados.

Sua frequência é exacerbada quando relacionada à falta de formação adequada dos profissionais de saúde. Portanto, a temática da violência obstétrica tem seu local de importância no processo de ensino-aprendizagem na formação profissional em enfermagem obstétrica (SILVA et al, 2020).

Em estudo feito com enfermeiros obstetras, Ribeiro, Silva e Carvalho (2024) afirmam que a enfermagem obstétrica, categoria profissional cuja formação detém enfoque no respeito à autonomia da mulher, manifesta sentimentos negativos frente às situações em que esse tipo de violência se faz presente.

A transposição das convicções e crenças pessoais acima dos protocolos assistenciais e da individualização do cuidado têm potencial de contribuir para a naturalização de condutas discriminatórias e violentas à família enlutada. Entretanto, violam-se os direitos existenciais destas mulheres a partir do momento em que as perspectivas pessoais e religiosas se direcionam a comportamentos e atitudes que descaracterizam a imparcialidade profissional (SANTOS et al, 2021; MOREIRA et al, 2023).

No Brasil, a visibilidade da violência obstétrica vem sendo impulsionada pela politização e pela midiáticação do assunto. De 2018 a 2022, as mulheres brasileiras enfrentaram desafios na garantia dos seus direitos com duas grandes situações. O Conselho Federal de Medicina (CFM) desencorajou o uso do termo ao alegar inadequabilidade e ofensividade do seu uso à determinadas categorias profissionais. Além disso, a desestruturação da Rede Cegonha e a restrição do aborto legal durante a pandemia da COVID-19 configuraram-se como um ferimento aos direitos das mulheres neste período (LEITE et al, 2024).

Ao mesmo tempo, foram divulgadas diversas situações nas mídias sociais nas quais tornou-se evidente que a violência obstétrica é uma realidade no nosso país e um problema de saúde pública, tornando-se, assim, interessante para a indústria jornalística (LEITE et al, 2024).

Ao estimular a ampliação da gama de conhecimentos sobre os cuidados às mulheres que passam pelo processo de perda gestacional, caminha-se em direção à superação da violência obstétrica através da qualificação da assistência, baseando-se no acolhimento, na

resolutividade e no respeito. Além disso, prestar um cuidado livre de julgamentos é imprescindível para facilitar o processo de aceitação e enfrentamento ao luto (MOREIRA et al, 2023).

Enquanto profissionais especialistas com atuação nos serviços de saúde, a educação permanente em saúde nestes locais é compreendida como responsabilidade sobre a saúde ocupacional e atuam como uma estratégia de transformação das práticas e saúde, promovendo a qualificação da assistência.

Através dos treinamentos e capacitações envolvidos na educação permanente em saúde, observa-se um melhor acesso das enfermeiras ao conhecimento técnico-científico e transformação da sua prática profissional, que fomentam e qualificam a sua aprendizagem. Eles possibilitam o desenvolvimento de habilidades às enfermeiras para o cuidado, atualização dos seus conhecimentos e esclarecimento de dúvidas (FLORES, OLIVEIRA e ZOCHE, 2016).

Por fim, destaca-se o estudo de Fonseca e Santos (2009), onde constataram a associação da morte à palavra aborto na visão das entrevistadas, que eram mulheres diagnosticadas com o quadro de abortamento incompleto.

Apesar de ser parte integrante da existência humana enquanto fato inevitável e irrefutável, a morte é considerada tabu na sociedade ocidental. Diante de uma cultura que refuta a morte e a encara como um mal a ser combatido, para os profissionais de saúde, ela se configura como um assunto especialmente desconfortável. A sua pouca abordagem durante a formação profissional pode, ainda, provocar sensação de impotência e a falsa sensação de que nada mais pode ser feito diante da morte (RAMOS e CIRINO, 2018; FERREIRA, NASCIMENTO e DE SÁ, 2018).

Mesmo que a sua vivência tenha relação com o âmbito pessoal das pessoas que fazem parte da vida de quem falece, a sua transcendência social é evidenciada a partir do momento em que se toma a família enquanto núcleo da sociedade. Portanto, é preciso ter perspectiva social e reconhecimento político da relação humana com a morte (OLIVEIRA et al, 2022).

O modelo biomédico-tecnista dos cursos na área da saúde e o peso cultural, psicológico, social e familiar que a morte carrega limitam o desenvolvimento da habilidade comunicativa. Além disso, este modelo de ensino também é apontado como fator de prejuízo para o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo acerca das questões sociais e emocionais envolvidas no processo de perda (BASTOS et al, 2017; SCHROETER e PEREIRA, 2019).

Lidar com a morte é um grande desafio a ser enfrentado na assistência obstétrica. Compreender e problematizar as questões sociais, econômicas e políticas envolvidas neste

processo é essencial para que o cuidado se alicerce nos direitos das mulheres e na integralidade da atenção, garantindo a elas o atendimento das suas reais necessidades (SERAFIGIM et al, 2021).

A partir da promulgação da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental em 2025, a perda gestacional, inundada por uma dor silenciada, ganhou reconhecimento perante o Estado através da disposição do registro da criança nascida morta. Este fato confere solenidade e formalidade para que o luto se empodere de importância social, política e jurídica, e reforça a existência de uma relação pessoal entre a mulher e o feto e o direito da mulher de sofrer pela perda do filho (ASSMANN et al, 2025; OLIVEIRA et al, 2022).

Diante disso, faz-se necessária a inclusão da temática da morte nos cursos de formação em saúde e em ações de educação continuada nos serviços de saúde, contemplando as situações de abortamento e óbito fetal. Deve-se, também, lançar mão de estratégias pedagógicas que tragam impactos positivos no preparo emocional dos profissionais, de modo que a saúde mental não seja atingida diante do cenário de perdas (BORGES, CLEMENTE e NETTO, 2020; VESCOVI e LEVANDOWSKI, 2023).

Assim como deve-se ofertar treinamentos sobre os cuidados após o nascimento de um natimorto, de modo que visem a minimização do sofrimento psíquico do casal enlutado e a promoção da resiliência familiar (FERREIRA et al, 2021).

Nas últimas décadas, a PNAISM, a PNH, a Rede Cegonha e a Rede Alyne atravessaram o modelo tecnocrático de assistência à saúde da mulher enquanto iniciativas governamentais que buscam reorientar os serviços de saúde e afirmar a necessidade de garantia dos direitos das mulheres. Para isso, é preciso romper com a histórica hegemonia patriarcal, interligada à medicalização do corpo feminino, fragmentação do cuidado e visão reducionista da mulher à maternidade (SILVA et al, 2025).

É essencial reconhecer e abordar as condições de vulnerabilidade das mulheres que vivenciam o luto perinatal, a fim de garantir um cuidado baseado no respeito, na equidade e na humanização. O processo de cuidar deve superar as perspectivas técnicas e atingir sentidos mais subjetivos, de modo que a dignidade da pessoa cuidada não seja ferida (OLIVEIRA et al, 2023; MOREIRA et al, 2023).

A qualificação e a humanização da assistência à essas mulheres são garantidas através da promoção de acolhimento e escuta ativa. Para alcançar este objetivo, os profissionais de saúde devem ser sensibilizados a prestarem um cuidado solícito, atento às necessidades físicas e emocionais da pessoa cuidada, e que exerça a empatia diante dos relatos recebidos. Faz-se

necessária a capacitação dos profissionais para atenderem às reais necessidades dessas mulheres, de modo que a garantir a integralidade da assistência (OLIVEIRA et al, 2023; ALVARENGA et al, 2023; SANTOS et al, 2021).

Espera-se, desta maneira, que a formação profissional em saúde possa promover a percepção da complexidade dos diversos aspectos que a temática envolve, assim como a garantia dos direitos humanos, reprodutivos e sexuais destas mulheres e de profissionais de saúde capacitados para promover o cuidado preconizado pelas políticas públicas de saúde (SCHROETER e PEREIRA, 2019).

Por fim, destaca-se que, através da utilização das TNICE e a conseguinte contraposição do modelo tecnocrático, as enfermeiras obstetras são as profissionais com maior potencial para promover a desmedicalização da assistência às mulheres e a garantia do direito ao cuidado seguro, digno e respeitoso, independentemente de serem classificadas como baixo ou alto risco obstétrico (PRATA et al, 2026).

6. CONCLUSÃO:

Os objetivos da pesquisa foram alcançados, haja visto o reconhecimento da percepção das enfermeiras obstetras quanto à sua formação profissional nos moldes de residência sobre o abortamento e o óbito fetal e a descrição das repercussões do ensino sobre a assistência de enfermagem obstétrica às estas mulheres.

Quanto à abordagem das temáticas nos cursos de residência em enfermagem obstétrica, os achados evidenciam um silenciamento institucional, tanto no ambiente acadêmico quanto nos serviços de saúde. Ficou evidente que este cenário pode repercutir diretamente na segurança das profissionais no que tange ao manejo do cuidado e no acolhimento das mulheres que vivenciam as perdas gestacionais, assim como na qualidade assistencial que estas mulheres recebem. Entretanto, é preciso, também, reconhecer o linear interesse das participantes aos assuntos pertinentes à assistência ao parto.

Portanto, ao mesmo tempo em que se torna fundamental reconhecer a experiência do abortamento e do óbito fetal enquanto parte constitutiva da assistência obstétrica e incorporá-la nos projetos pedagógicos de maneira transversal, vislumbra-se impulsionar a sua problematização nos ambientes de especialização, de forma que desperte o interesse das residentes.

A dissociação dos segmentos teórico e prático dos cursos de residência em enfermagem obstétrica elucida uma dificuldade de efetivação do ensino em serviço como uma atividade teórico-prática integrativa do processo de formação. Dessa maneira, suscita-se a proposição de estratégias que oportunizem a integração entre o ambiente acadêmico e os serviços de saúde.

A formação profissional em enfermagem obstétrica nos moldes de residência é, inegavelmente, detentora de um potencial singular para promover aprendizagens significativas através da articulação das vivências práticas com o desenvolvimento de atitudes crítico-reflexivas. O apoio das preceptoras às residentes nos campos práticos foi apontado pelas entrevistadas como fator crucial para a implementação de uma assistência mais humanizada e qualificada.

Atuando enquanto professoras e mediadoras do processo de ensino aprendizagem, a presença de preceptoras qualificadas e sensíveis nas dimensões éticas, emocionais e sociais do cuidado ao luto perinatal é imprescindível, a fim de contribuir com o desenvolvimento das habilidades que caracterizam a essência da assistência de enfermagem às mulheres que vivenciam as perdas gestacionais.

A educação, enquanto processo permanente, incumbe a conscientização das enfermeiras obstetras a buscarem constantemente atualizações embasadas em evidências científicas e reconhecer o papel da Educação Permanente dos serviços de saúde enquanto meio

para favorecer a qualidade de vida e contribuir, de fato, para a mudança dos modelos assistenciais na obstetrícia. Articulados à PNEP, os programas de residência se posicionam, então, como estratégia para a formação de recursos humanos para o SUS.

As reflexões acerca das compreensões das enfermeiras obstetras quanto à especialização nos moldes de residência no que tange às estratégias pedagógicas preconizadas oferece subsídios para a elaboração de políticas públicas direcionadas à formação profissional em saúde enquanto estratégias para promover a qualificação da assistência obstétrica, promoção de justiça social com garantia dos direitos das mulheres, inclusive sexuais e reprodutivos, e a filosofia humanizadora do SUS.

Cabe destacar que este estudo apresenta limites e não se deve generalizar os seus resultados, sendo pertinentes às enfermeiras obstetras entrevistadas nele. Entretanto, as análises discutidas proporcionam perspectivas que contribuem para a compreensão das complexas dimensões da formação profissional em enfermagem obstétrica na modalidade de residência.

O baixo volume de estudos que dissertam sobre o processo de formação da categoria profissional, sobretudo na modalidade de residência e no que tange às temáticas do abortamento e do óbito fetal configura um desafio a ser enfrentado. Dessa forma, incentiva-se a realização de novos estudos acerca da temática, como forma de promover a qualificação das enfermeiras obstetras para a atuarem em consonância à realidade do SUS e afirmar a enfermagem enquanto ciência embasada em evidências.

Considera-se, ainda, que as reflexões apresentadas nesta pesquisa reforçam a importância de avançar na construção da enfermagem obstétrica enquanto categoria comprometida com a defesa dos direitos das mulheres, estando capacitadas para reconhecer o luto perinatal como experiência legítima e tornar realidade a humanização dos cuidados às mulheres em todas as expressões da maternidade, inclusive naquelas inundadas pela dor da perda e do luto silenciado.

Além de contribuir para a visibilidade da temática, este estudo reafirma, ainda, a importância de garantir o investimento progressivo na educação do país como estratégia para alcançar a almejada transformação da realidade obstétrica brasileira.

7. REFERÊNCIAS:

ALCOCER, F.E.D.I.; BIGNOTTO, K.B.; BARBOSA, G.S. **Abordagem Psicossocial às Perdas Gestacionais na Atenção Primária à Saúde.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022; 17(44):2927. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2927](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2927).

ALMEIDA, L.S. **Facilitar a Aprendizagem: Ajudar aos Alunos a Aprender e a Pensar.** Psicol Esc Educ. 2002 ;6(2):155-65. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-85572002000200006&script=sci_abstract.

ALVARENGA W.A.; MACÊDO, N.R.; SANTOS, A.K.S.; LUCCA, M.; DEMONTIGNY, F.; ROCHA, S.S.; NASCIMENTO, L.C. **Experiências de Luto Parental Após um Natimorto: Uma Síntese Temática no Contexto da América Latina.** Online Braz J Nurs. 2023; 22:e20236643. Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20236643>.

AMARAL, R.C.S.; ALVES, V.H.; PEREIRA, A.V.; RODRIGUES, D.P.; SILVA, L.A.; MARCHIORI, G.R.S. **A Inserção da Enfermeira Obstétrica no Parto e Nascimento: Obstáculos em um Hospital de Ensino no Rio de Janeiro.** Esc Anna Nery 2019; 23(1):e20180218. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0218>.

ASSMANN, C.; OLIVEIRA, J.Y.; PORTO, G.; KRUG, S.B.F. **Luto Materno e Parental: O que Muda com a Aprovação da Lei nº.15.139/2025.** Revista Remecs, [S. l.], p. 96, 2025. Disponível em: <https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/2143>.

BAGNATO, M.H.S.; RODRIGUES, R.M. **Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: Pensando Contextos, Mudanças e Perspectivas.** Rev Bras Enferm, Brasília 2007 set-out; 60(5). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZmmNKhZ9BMwWvQwWXXKBYRyt/?format=pdf&lang=pt>

BARDIN, L. **Análise De Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, P.S.; AQUINO, E.C.; SOUZA, M.R. **Mortalidade Fetal e os Desafios para a Atenção à Saúde da Mulher no Brasil.** Revista de Saúde Pública, 2019; 53(31):20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/xkn8W6hrvyQXHbRpWcwbtNN/?format=pdf&lang=pt>.

BARROWS, H.S. **Problem-Based Learning in Medicine and Beyond: A Brief Overview**. In: Wilkerson L, Gijsselaers WH, eds. Bringing problem-based learning to higher education: theory and practice; 1996.

BARROWS, H.S; TAMBLYN, R. **Problem-Based Learning: An Approach to Medical Education**. New York: Springer Pub. Co; 1980.

BASTOS, R.A.; LAMB, F.A.; QUINTANA, A.M.; BECK, C.L.C.; CARNEVALE, F. **Vivências dos Enfermeiros Frente ao Processo de Morrer: uma Metassíntese Qualitativa**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (17), 2017, 58-64. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n17/n17a08.pdf>.

BONAN, C.; RODRIGUES, A.P.; DUARTE, N.I.G.; MAIA, M.N.; LIMA, L.O., GUTIÉRREZ, A.C. **Cuidado Integral às Situações de Aborto na Atenção Primária à Saúde no SUS: Desafios, Perspectivas e Caminhos**. Saúde Soc. São Paulo, v.34, n.4, e250577, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902025250577-pt>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. **Lei nº 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1986.

BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005a. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. **Lei nº 15.139**, de 23 de maio de 2025. Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973 (Lei dos Registros Públicos), para dispor sobre o registro de criança nascida morta. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 7 novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. 2001. Disponível

em: https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/11/Diretrizes_Curriculares_enfermagem.pdf.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 12, de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRM-002-2012-04-13.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, DF, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil**. Brasília, DF, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União, Seção 1 nr: 59-71, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.815, De 29 de Maio de 1998**. Inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS), o Grupo de Procedimentos Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra, e a Assistência ao Parto sem Distócia por Enfermeiro Obstetra, visando a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, De 24 De Junho De 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF,

2011. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Acesso à Informação: Estatísticas Vitais**. Brasília, DF, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Edital nº 21**, de 5 de setembro de 2012. Processo Seletivo Destinado à Oferta de Bolsas para o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). Diário Oficial da União, Seção 3:136-7, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: Experiências, Avanços e Desafios**. Brasília, DF, 2006. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2004a. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde Lança Projeto ÁpiceOn – Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29345-projeto-para-qualificar-a-atencao-obstetrica-e-neonatal-e-lancado-pelo-ministerio-da-saude>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 198**, de 13 de fevereiro de 2004b. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.067**, de 4 de julho de 2005c. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outra providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 5.350**, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyné. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 4. ed. 4. Reimp. Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica**. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica**. 2. ed. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica**. 2. ed., 2. Reimp. Brasília, DF, 2014. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/Atenção-humanizada-ao-abortamento-2014.pdf>.

BRIGHENTE, M.F.; MESQUIDA, P. **Paulo Freire: Da Denúncia Da Educação Bancária ao Anúncio de uma Pedagogia Libertadora**. Pro-Posições, v. 27, n. 1 (79), p. 155-177, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-7307201607909>.

BORGES, L.C.V.; CLEMENTE, N.R.; NETTO, L. **(In)Congruência na Assistência às Mulheres em Situação de Abortamento: O que Dizem os Acadêmicos Sobre seus Processos Formativos**. REME - Rev Min Enferm. 2020; 24:e-1297. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200026>.

BURGATTI, J.C.; LEONELLO, V.M.; BRACIALLI, A.D.; OLIVIERIA, M.A.C.L. **Estratégias Pedagógicas para o Desenvolvimento da Competência Ético-Política na Formação Inicial em Enfermagem**. Rev Bras Enferm. 2013; 66(2):282-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200020>.

CAMPOS, L.R.G.; RIBEIRO, M.R.R.; DEPES, V.B.S. **Autonomia do Graduando em Enfermagem na (Re)Construção do Conhecimento Mediado pela Aprendizagem Baseada em Problemas**. Rev Bras Enferm. 2014; 67(5):818-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670521>.

CARREGAL, F.A.S.; SANTOS, B.M.; SOUZA, H.P.; SANTOS, F.B.O.; PERES, M.A.A.; PADILHA, M.I.C.S. **Historicidade da Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil: uma Análise da Sociologia das Profissões**. Rev Bras Enferm. 2021; 74(6):e20190827. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0827>.

CARLOS, D.J.D.; MORERA, J.A.C.; LAZZARI, D.D.; PADILHA, M.I.C.S. **O Ensino de Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil: Recorte de uma Década (2001-2010)**. História Da Enfermagem: Revista Eletrônica, 4(2), 140–152, 2013. DOI: <https://doi.org/10.51234/here.2013.v.4.276>.

CARVALHO, E.M.P.; GÖTTEMS, L.B.D. GUILHEM, D.B. **A Temática das Boas Práticas Obstétricas no Contexto do Projeto Político-Pedagógico da Residência.** NTQR 2020; 3:93-104. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.93-104>.

COELHO, M.R.S. **Atenção Básica à Saúde da Mulher: Subsídios para a Elaboração do Manual do Gestor Municipal.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COFEN. **Resolução COFEN nº 516/2016**, alterada pelas Resoluções COFEN nºs 524/2016 e 672/2021. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html.

COSTA, A.A.N.M.; SCHIRMER, J. **A Atuação dos Enfermeiros Egressos do Curso de Especialização em Obstetrícia no Nordeste do Brasil: Da Proposta à Operacionalização.** Esc Anna Nery. 2012; 16(2):332-39. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200018>.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. **Trabalhando com Estratégias de Ensino-Aprendizado por Descoberta na Área da Saúde: A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas.** Cad Saúde Pública. 2004;20(3):780-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300015>.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R.B. **Healthcare Residency: What Has Been Produced in Theses and Dissertations?** Interface (Botucatu): 2013, v.17, n. 47, p. 759-776. Disponível em: http://www.scielo.org/pdf/icse/v17n47/en_aop4113.pdf.

DUARTE, A.P.R.S.; VASCONCELOS, M.; SILVA, S.V. **A Trajetória Curricular da Graduação em Enfermagem no Brasil.** REID, v.1, n.7, p. 51-63. 2016. DOI: <https://doi.org/10.70634/reid.v1i7.72>.

FARAH, M. F. S. **Gênero e Políticas Públicas**. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, jan./abr. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/T3X8zdDGn5DZbcjxTLjcyKM/?format=pdf&lang=pt>.

FERNANDES, J.D.; FERREIRA, S.L.; LA TORRE, M.P.S.; SANTA ROSA, D.O.; COSTA, H.O.G. **Estratégias para a Implantação de uma Nova Proposta Pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia**. Rev. Bras. Enferm. 56 (4), 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000400017>.

FERNANDES, J.D.A. A Trajetória do Ensino de Graduação em Enfermagem no Brasil. IN: TEIXEIRA, E. et al (org.). **O Ensino de Graduação em Enfermagem no Brasil: o Ontem, o Hoje e o Amanhã**. Brasília: Instituto Nacional de Ensinos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

FERREIRA, J.M.G.; NASCIMENTO, J.L.; DE SÁ, F.C. **Profissionais de Saúde: Um Ponto de Vista sobre a Morte e a Distanásia**. Revista Brasileira de Educação Médica, 42 (3): 87-96; 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20170134>.

FERREIRA, R.S.A.; SILVA, M.K.S.; JORGE, H.M.F.; PEREIRA, L.C.; ROCHA, G.S. **Assistência dos Profissionais de Saúde em Situação de Perda Gestacional: Revisão Integrativa**. Rev Min Enferm. 2021; 25:e-1409. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762-20210057>.

FLORES, G.E.; OLIVEIRA, D.L.L.; ZOCHE, D.A.A. **Permanent Education in the Hospital Context: the Experience that Brings New Meaning to Nursing Care**. Trab Educ Saúde. 2016;14(2):487-504. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00118>.

FONSECA, E.F.R.; SANTOS, I.M.M. **Perda de uma Vida: Percepções da Mulher Pós-Abortamento**. Rev enferm UFPE, 2009;3(2):301-8. DOI: 10.5205/reuol.202-1995-3-CE.0302200914.

FONTANA, R.T.; WACHEKOWSKI, G.; BARBOSA, S.S.N. **As Metodologias Usadas no Ensino de Enfermagem: Com a Palavra, os Estudantes**. Educação em Revista, Belo Horizonte, v.36, e220371, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-4698220371>.

FREITAS, G.B.; MACIEL, M.S. **As Metodologias Ativas e a Pedagogia Freireana: Diálogos Possíveis**. Estudos Universitários: revista de cultura, UFPE/Proexc, Recife, v. 38, n. 1, p. 331-346, 2021. DOI: <https://doi.org/10.51359/2675-7354.2021.250661>.

FREIRE, P. **Ação Cultural para a Liberdade**. São Paulo, Paz e Terra, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**. 52. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança: Um Reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro, Paz e Terra; 1994.

FREIRE, P. **Pedagogia da Indignação: Cartas Pedagógicas e Outros Escritos**. São Paulo, Editora UNESP, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino de Obstetrícia e Neonatologia – ÁpiceOn**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>.

GARCÍA-VERA, M.; MERIGHI, M.A.B.; CONZ, C.A.; SILVA, M.H.; JESUS, M.C.P.; MUÑOZ-GONZÁLEZ, L.A. **Primary health care: the experience of nurses**. Rev Bras Enferm. 2018;71(Suppl 1):531-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0244>.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUIDO, L.A.; SILVA, R.M.; GOULART, C.T.; BOLZAN, M.E.O.; LOPES, L.F.D. **Burnout Syndrome In Multiprofessional Residents of a Public University**. Rev Esc Enferm USP: 2012, v. 46, n. 6, p. 1477-1483. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v46n6/en_27.pdf.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A.L.C.; DAVINI, M.C. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Série Desarrollo de Recursos Humanos no100. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1994. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/411959206-Educacion-Permanente-en-Salud-DAVINI.pdf>.

KRAMER, M.; MAGUIRE, P.; HALFER, D.; BREWER, B.; SCHMALENBERG, C. **Impact of Residency Programs on Professional Socialization of Newly Licensed Registered Nurses**. West J Nurs Res., v. 35, n. 4, p. 459-496, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21816962>.

KUABARA, C.T.M.; SALES, P.R.S.; MARIN, M.J.S.; TONHOM, S.F.R. **Education and Health Services Integration: An Integrative Review of the Literature**. REME 2014; 18(1):202-207. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140015>.

LEITE, T.H.; MARQUES, E.S.; CORRÊA, R.G.; LEAL, M.C.; OLEGÁRIO, B.C.D.; COSTA, R.M.; MESENBURG, M.A. **Epidemiologia da Violência Obstétrica: Uma Revisão Narrativa do Contexto Brasileiro**. Cien Saude Colet 2024; 29:e12222023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.12222023>.

LIMA, G.P.V.; PEREIRA, A.L.F.; GUIDA, N.F.B.; PROGIANTI, J.M.; ARAÚJO, C.L.F.; MOURA, M.A.V. **Expectations, Motivations and Perceptions of Nurses on the Nurse-Midwifery Specialization Course in the Residence Modality**. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2015; 19(4):593-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/en_1414-8145-ean-19-04-0593.pdf.

LIMA, M.M.; KLOH, D.; CANEVER, B.P.; REIBNITZ, K.S.; AMESTOY, K.S.; PRADO, L.M. **Integralidade na Formação do Enfermeiro: Possibilidades de Aproximação com os Pensamentos de Freire**. Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v. 4, n. 4, p. 03-08, 2013. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/sts/v4n4/4n4a03.pdf>.

MENDONÇA, C.O.R.; CUNHA, G.F. **O Impacto do Aborto na Saúde Mental das Mulheres: Revisão Integrativa**. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, Ano 8, Vol. XIX, n.19, 2025. DOI: <https://doi.org/10.55892/jrg.v8i19.2568>.

MELO, M.C.; QUELUCI, G.C.; GOUVÊA, M.V. **Problematizando a Residência Multiprofissional em Oncologia: Protocolo de Ensino Prático na Perspectiva de Residentes de Enfermagem.** Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(4):706-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400019>.

MERTENS, R.S.K.; FUMANGA, M.; TOFFANO, C.B.; SIQUEIRA, F. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa: Linguagem e Método.** 1ª edição. Editora FGV: Rio de Janeiro, 2007.

MINAYO, M.C.S. **Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias.** Revista Pesquisa Qualitativa: São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12. 2017.

MITRE, S.M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; MOREIRA, T.; MORAIS-PINTO, N.M.; MEIRELLES, C.A.B.; PINTO-PORTO, C; MOREIRA, T.; HOFFMANN, L.M.A. **Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem na Formação Profissional em Saúde: Debates Atuais.** Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(2):2133-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>.

MOREIRA MAM, DE SOUZA AS, OLIVEIRA PM, DE SOUZA, MX, JUNIOR JCA, RIBEIRO PS. **Obstetric violence in the abortion process.** Enfermería: Cuidados Humanizados: 2023; 12(2):e3166. DOI: <https://doi.org/110.22235/ech.v12i2.3166>

MOURA, R. **O Conceito de Autonomia de Escola: Algumas Reflexões.** Educare/Educere: 1999, (7):85-94.

NALOM, D.M.F.; GUEZZI, J.F.S.A.; PERES, C.R.F.B.; HIGA, E.F.R.; MARIN, M.J.S. **Ensino em Saúde: Aprendizagem a partir da Prática Profissional.** Ciênc. saúde colet. 24 (5), 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04412019>.

NETO, F.R.G.X.; NETO, D.L.; CUNHA, I.C.K.O.; RIBEIRO, M.A.; FREIRE, N.P.; KALINOWSKI, C.E.; OLIVEIRA, E.N.; ALBUQUERQUE, I.M.A.N. **Reflexões sobre a Formação em Enfermagem no Brasil a partir da Regulamentação do Sistema Único de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 25(1):37-46, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020251.27702019

OLIVEIRA, D.S.; NUNES, H.H.M.; SANTOS, C.B. **Boas Práticas do Enfermeiro para o Atendimento de Pacientes Vítimas de Abortamento.** Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama, v.27, n.3, p.1538-1551, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/view/9534/4635>

OLIVEIRA, D.C. **Análise de Conteúdo Temático-Categorial: Uma Proposta de Sistematização.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008, 16(4):569-76, p.569. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>.

OLIVEIRA, H.T.L.; FONSECA, L.F.; ESTANCIONE, L.M.B.; CORRÊA, M.C.S.M.; OLIVEIRA, N.R.; DIAS, V.V.V.A. **Pesar no Óbito Fetal: Luto sem Voz.** Rev. bioét. 2022; 30 (3): 644-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-8042202230355>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável** [internet]. Genebra: ONU; 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-Tratos Durante o Parto em Instituições de Saúde** [Internet]. Genebra: OMS; 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf.

PEREIRA, A.L.F.; NICÁCIO, M.C. **Formação e Inserção Profissional das Egressas do Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica.** Rev Enferm UERJ. 2014; 22(1):50-6. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11418/9003>.

PRATA, J.A.; ARES, L.P.M.; VARGENS, O.M.C.; REIS, C.S.C.; PEREIRA, A.L.F.; PROGIANTI, J.M. **Tecnologias Não Invasivas de Cuidado: Contribuições das Enfermeiras para a Desmedicalização do Cuidado na Maternidade de Alto Risco.** Esc Anna Nery 2019;23(2):e20180259. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0259>.

PRATA, J.A.; DIAS, M.O.; PENHA, A.B.B.; FILIPE, A.C.F.; OLIVEIRA, D.C.C.; CASTRO, T.B.L.; GIOIA, L.G. **Use of Childbirth Plans in High-Risk Obstetric Pregnancies: Nurses'**

Perceptions. Rev Rene. 2026;27:e96123. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262796123>.

PRATA, J.A.; PAMPLONA, N.D.; PROGIANTI, J.M.; MOURA, R.J.O.; CORREIA, L.M.; PEREIRA, A.L.F. **Tecnologias Não Invasivas de Cuidado Utilizadas por Enfermeiras Obstétricas: Contribuições Terapêuticas.** Esc Anna Nery 2022;26:e20210182. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EEAN-2021-0182>.

PROGIANTI, J.M.; PRATA, J.A.; BARBOSA, P.M. **A Reestruturação Produtiva na Saúde: Os Efeitos da Flexibilização nas Maternidades do Programa Cegonha Carioca.** Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015, 23(3): 164-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.12540>.

RAMOS, V.C.; CIRINO, A.A.O.G. **Concepções sobre a Morte e o Morrer entre Estudantes de Psicologia.** Est. Inter. Psicol. vol.11 no.1. Londrina, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n1p26>.

RATTNER, D. **Humanização na Atenção a Nascimentos e Partos: Ponderações sobre Políticas Públicas.** Interface (Botucatu). 2009; 13 Suppl 1:759-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>.

REZIO, L.A.; OLIVEIRA, E.; QUEIROZ, A.M.; SOUSA, A.R.; ZERBETTO, S.R.; MARCHETI, P.M.; NASI, C.; NÓBREGA, M.P.S.S. **Neoliberalism and Precarious Work in Nursing in the COVID-19 Pandemic: Repercussions on Mental Health.** Rev Esc Enferm USP. 2022; 56:20210257. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0257>.

RIBEIRO, K.R.B.; PRADO, M.L. **A Prática Educativa dos Preceptores nas Residências em Saúde: Um Estudo de Reflexão.** Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(4):161-165. 161. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43731>.

RIBEIRO, Y.K.; SILVA, V.M.A.; CARVALHO, A.L.O. **A Violência Obstétrica Segundo a Visão dos Enfermeiros Obstetras.** Contemporary Journal, v. 4, n. 6, p. 01-20, 2024. DOI: <https://doi.org/10.56083/RCV4N6-016>.

RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. **Formação Profissional de Obstetrizes e Enfermeiras Obstétricas: Velhos Problemas ou Novas Possibilidades?** Revista Estudos Feministas, ano 10, 450, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/4dGkdZJG748VJXXKQDksfPJ/?format=pdf&lang=pt>.

ROCHA, J.B.F.; BEZERRA, I.M.B.; OLIVEIRA, E.K.S.; SENA, A.B.E.; LEITÃO, F.N.C.; ABREU, L.C. **Tendência Espaço-Temporal da Mortalidade Fetal no Brasil, 1996–2021.** Rev Saude Publica. 2025; 59:e2. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025059006194>.

SAKAMOTO, V.T.M.; NEVES, F.A.C.; GREINER, S.; WORTMANN, B.B.; AMARAL, P.C.; LIPSKI, B. **Ações de Educação Permanente no Contexto da Pandemia COVID-19 na Pediatria: Relato de Experiência.** Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde, v. 1, n. 01, p. 174-184, 2021. DOI: <https://doi.org/10.29327/269776.1.1-12>.

SANTOS, S.S. **A Integração do Ciclo Básico com o Profissional no Curso de Graduação em Medicina: Uma Resistência Exemplar.** Papel & Virtual: Teresópolis, Rio de Janeiro, FESO, 2005.

SANTOS, T.E.R.; OLIVEIRA, D.S.; SOUZA, R.C.; NOGUEIRA, T.S. **Práticas de Enfermagem às Mulheres que Vivenciaram Aborto: Revisão Integrativa.** Revista Nursing, 2021; 24 (272): 5198-5203. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1119/1327>.

SAUNDERS, B.; SIM, J.; KINGSTONE, T.; BAKER, S.; WATERFIELD, J.; BARTLAM, B.; BURROUGHS, H.; JINKS, C. **Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization.** Qual Quant. 2018;52(4):1893-907. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>.

SCHMALFUSS, J.M.; MATSUE, R.Y.; FERRAZ, L. **Mulheres em Situação de Perda Fetal: Limitações Assistenciais de Enfermeiros.** Rev Bras Enferm. 2019; 72(Suppl 3):365-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0261>.

SCHROETER, M.S.; PEREIRA, A.L.F. **Abordagem do Tema do Aborto no Ensino de Graduação na Perspectiva das Enfermeiras Recém-Graduadas.** Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2019; 27:e36835. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.36835>.

SCOTT, J. **Gender on the Politics History.** New York: Columbia University Press, 1988.

SERAFIM, T.C.; CAMILO, B.H.N.; CARIZANI, M.R.; GERVASIO, M.D.G.; CARLOS, D.M.; SALIM, N.R. **Atenção à Mulher em Situação de Óbito Fetal Intrauterino: Vivências de Profissionais da Saúde.** Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200249. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200249>.

SILVA, L.; SALES, N.; SANTOS, R.; ALBUQUERQUE, N. **Percepção das Mulheres em Situação de Abortamento Frente ao Cuidado de Enfermagem.** Revista Ciência Plural. 2020; 6(1):44-55. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18627/12528>.

SILVA, M.G.; FERNANDES, J.D.; TEIXEIRA, G.A.S.; SILVA, R.M.O. **Processo de Formação da(o) Enfermeira (o) na Contemporaneidade: Desafios e Perspectivas.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 176-84. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/TpDL8SFcVyQJGPn7RLGTKKD/?format=pdf&lang=pt>.

SILVA, R.A.R.; BRANDI, L.F.C.; TAVARES, R.; SANTOS FILHO. S.B; MONCEAU, G.; SOUZA, K.V. **Movimentos de Mudança no Cuidado em Saúde das Mulheres em Hospitais de Ensino no Brasil.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 49, N. 147, e10584, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202514710584P>.

SILVA, R.M.; CORDEIRO, A.L.; FERNANDES, J.D.; SILVA, L.S.; TEIXEIRA, G.A. **Contribuição do Curso Especialização, Modalidade de Residência para o Saber Profissional.** Acta Paul Enferm. 2014; 27(4):362-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400060>.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **The State of the World's Midwifery.** New York, NY, 2021. 80 p. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ENv4302_0.pdf.

VESCOVI, G.; LEVANDOWSKI, D.C. **Percepção do Cuidado à Perda Gestacional: Estudo Qualitativo com Casais Brasileiros**. *Psicol. cienc. prof.* 43, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003252071>.

VIEIRA, A.N.; SILVEIRA, L.C. **O Cuidado e a Clínica na Formação do Enfermeiro: Saberes, Práticas e Modos de Subjetivação**. *Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 04, p.776-783, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400017/.

WALDOW, V.R. **Cuidar: Expressão Humanizadora da Enfermagem**. 2ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

WALDOW, V.R. **Cuidar: Uma Expressão Humanizadora da Enfermagem**. 6ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2012.

WATERKEMPER, R.; PRADO, M.L. **Estratégias de Ensino-Aprendizagem em Cursos de Graduação em Enfermagem**. *Av Enferm.* 2011; 29(2):234-46. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a03.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Human Reproduction Programme. **Abortion care guideline**. Geneve, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit Care in Normal Birth: A Practical Guide**. Geneve, 1996.

8. ANEXOS:

APÊNDICE A – CARTA CONVITE:

Olá! Espero encontrá-la bem!

Me chamo Ana Carolina Ferreira Filipe. Sou Enfermeira Obstetra e Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Minha dissertação será desenvolvida através de uma pesquisa referente ao ensino do abortamento e óbito fetal na formação profissional em Enfermagem Obstétrica.

É com imenso prazer e entusiasmo que venho convidá-la a participar como voluntária da minha pesquisa! Por se tratar de um convite, sinta-se à vontade para aceitar ou recusar.

Durante toda a pesquisa, será preservado o sigilo e anonimato das voluntárias. Além disso, mesmo após o aceite, você tem liberdade para desistir da participação a qualquer momento, sem causar qualquer tipo de ônus à sua pessoa.

Me coloco à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possa vir a ter. Contate-me através do e-mail (anacarolinaff@edu.unirio.br) ou através do telefone/WhatsApp (21)99953-9454.

Desde já, agradeço a atenção!

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:

Roteiro da Entrevista:

Informações Demográficas e Profissionais:

Nome Completo:	
Identificação no Estudo: EnfObst ____	Idade: ____ anos
Ano de Formação Profissional em Enfermagem Obstétrica: _____	
Tempo de Atuação na Assistência Obstétrica: ____ ano(s) ____ mês(es)	

Ensino Sobre o Abortamento e Óbito Fetal:

Como foi abordado os temas abortamento e óbito fetal durante a sua formação profissional em Enfermagem Obstétrica?
Qual é a sua opinião sobre a abordagem e o conteúdo ministrado no ensino sobre o abortamento e óbito fetal durante a sua formação profissional em Enfermagem Obstétrica?
A partir deste ensino, você se sentiu preparada para lidar com casos de abortamento e óbito fetal após a sua formação? Por quê?

Impacto do Ensino sobre Abortamento e Óbito Fetal na Prática Profissional:

De que maneira o ensino sobre abortamento e óbito fetal durante a formação profissional em Enfermagem Obstétrica impactou na sua assistência obstétrica?
--

Avaliação e Sugestões para a Formação Profissional em Obstetrícia:

Como você avalia, de modo geral, a sua formação em relação aos temas de abortamento e óbito fetal?
O que poderia ser melhorado no ensino destes temas nos cursos de residência em Enfermagem Obstétrica?
Quais seriam as suas sugestões para melhor preparar os futuros profissionais a lidarem com essas situações?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE):

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Baseado na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, apresenta-se a pesquisa.

TÍTULO: Visão das Enfermeiras Obstetras sobre o Ensino do Abortamento e Óbito Fetal: Contribuições para a Assistência.

OBJETIVOS DO ESTUDO: (1) Descrever a visão das Enfermeiras Obstetras sobre o ensino do abortamento e óbito fetal na sua formação profissional em Enfermagem Obstétrica nos moldes de residência; (2) Analisar as repercussões para a assistência obstétrica do ensino do abortamento e óbito fetal na visão das Enfermeiras Obstetras.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, mesmo após o preenchimento do TCLE. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas de uma entrevista semiestruturada sobre o ensino do Abortamento e Óbito Fetal durante a sua formação profissional em Enfermagem Obstétrica nos moldes de residência e as suas contribuições para a assistência. As entrevistas ocorrerão através da plataforma de comunicação por videochamada *Google Meet* com uma sala de reunião previamente criada pela pesquisadora (<https://meet.google.com/hib-jytt-drw>), de forma que seja garantida a sua privacidade, em dia e hora previamente combinados após o seu aceite em participar desta pesquisa. A entrevista pela plataforma de conversa *Google Meet* pode ser acessada através de computadores, *smartphones* ou *tablets*. Trata-se de um estudo de campo, exploratório, de teor descritivo e de abordagem qualitativa.

GRAVAÇÃO: Mediante a devida autorização, os áudios das entrevistas serão gravados por recurso próprio do *notebook* da pesquisadora, serão salvas no *Google Drive* da pesquisadora e, posteriormente, serão transcritas na íntegra para análise. Após 5 anos, os dados serão devidamente descartados. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Você poderá interromper sua participação a qualquer momento, mesmo após o consentimento, sem sofrer qualquer prejuízo.

RISCOS: Esta pesquisa oferece riscos mínimos às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, se limitando ao risco de ocupar o tempo da participante. Por se tratar de uma pesquisa virtual, há o risco de ocupar o seu tempo ao participar da entrevista; divulgação de dados (registrados no TCLE) em caso de ataque hacker; invasão de privacidade; interferência na vida e na rotina; constrangimento de interagir com estranhos, mesmo que de forma virtual; medo de repercussões eventuais.

BENEFÍCIOS: Os benefícios não serão, necessariamente, para o seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo, você fornecerá mais informações sobre o tema desta pesquisa, subsidiando propostas de qualificação profissional na formação de novas Enfermeiras Obstetras.

CONFIDENCIALIDADE: A pesquisadora responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada. As participantes do estudo serão identificadas de forma a manter sua identidade preservada, adotando-se as letras EnfObst seguidas de um algarismo arábico.

RESSARCIMENTO E DANOS: Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. Será garantido o seu direito de solicitar indenização por meio das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406 de 2002, Artigos 927 a 954; Resolução CNS n.º 466, de 2012, Inciso IV.3.h; e Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 9º, Inciso VI).

Nos comprometemos a seguir todas as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e às Resoluções 466/12 e 580/2018, que versam sobre a ética em pesquisa com seres humanos.

Caso você aceite participar dessa pesquisa, você receberá uma via do TCLE e, caso queira, pode entrar em contato com a pesquisadora principal e/ou o Comitê de Ética responsável pela autorização da pesquisa.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Em caso de dúvidas ou reclamações, sinta-se à vontade para entrar em contato com a pesquisadora Ana Carolina Ferreira Filipe através do telefone (21)999539454 ou e-mail anacarolinaff95@gmail.com, ou com a orientadora Prof.^a Dr.^a Inês Maria Meneses dos Santos através do telefone (21) 98474-0384 ou e-mail ines.m.santos@unirio.br. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UNIRIO: Avenida Pasteur, 296 subsolo do prédio da Nutrição – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240, no telefone 2542-7796 ou e-mail cep@unirio.br.

CONSENTIMENTO

Diante do exposto nos parágrafos anteriores, eu, firmado abaixo, concordo em participar do estudo intitulado “Visão das Enfermeiras Obstetras sobre o Ensino do Abortamento e Óbito Fetal: Contribuições para a Assistência”.

Eu fui completamente orientada por Ana Carolina Ferreira Filipe, que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disso, ela me enviou o link de acesso a este TCLE, que contém informações para as participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada da investigadora.

Estou ciente de que receberei uma cópia deste Termo via e-mail.

Por favor, assinale abaixo de acordo com o seu consentimento:

() Declaro que li e concordo em participar da pesquisa.

() Declaro que li, mas não concordo em participar da pesquisa.

Contato do CEP/UNIRIO:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Avenida Pasteur, 296 subsolo do prédio da Nutrição – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240, no telefone 2542-7796 ou e-mail cep@unirio.br

APÊNDICE D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP):

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Visão das Enfermeiras Obstetras sobre o Ensino do Abortamento e Óbito Fetal: Contribuições para a Assistência

Pesquisador: ANA CAROLINA FERREIRA FILIPE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84374624.1.0000.5285

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Enfermagem - MESTRADO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.358.143

Apresentação do Projeto:

Textos dos itens "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" retirados dos documentos do projeto inseridos na Plataforma Brasil pelo(a) pesquisador(a) responsável ou qualquer membro da equipe de pesquisa.

Título: Visão das Enfermeiras Obstetras sobre o Ensino do Abortamento e Óbito Fetal: Contribuições para a Assistência

Programa de Pós-graduação em Enfermagem - MESTRADO

A presente pesquisa tem como objeto de estudo a visão das Enfermeiras Obstetras quanto à sua formação profissional sobre abortamento e óbito fetal e as suas repercussões para a assistência obstétrica. Terá como objetivos: 1) Descrever a visão das Enfermeiras Obstetras sobre o ensino do abortamento e óbito fetal na sua formação profissional em Enfermagem Obstétrica nos moldes de residência e 2) Analisar as repercussões para a

assistência obstétrica do ensino do abortamento e óbito fetal na visão das Enfermeiras Obstetras. Este estudo contribuirá para a qualificação da assistência obstétrica e atenderá à atual agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde. Será um estudo de campo, exploratório, descritivo e qualitativo. Mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

autorização em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, realizar-se-ão entrevistas individuais semiestruturadas com Enfermeiras Obstetras que tenham formação na modalidade de residência e que atuem na assistência direta ao abortamento e ao parto normal no Estado do Rio de Janeiro. A captação das participantes ocorrerá através da técnica Bola de Neve. A técnica de saturação de dados indicará a finalização da sua coleta. Após transcrição das entrevistas gravadas, os dados serão analisados e discutidos através da técnica proposta por Bardin. As identidades das participantes serão preservadas. Os aspectos éticos obedecerão às Resoluções previstas pelo Conselho Nacional de Saúde.

O processo de captação dos participantes ocorrerá através da técnica de amostra não probabilística Bola de Neve, na qual os participantes iniciais serão escolhidos por conveniência, chamados de "sementes". Estes indicarão outros participantes que também se enquadrem nos critérios de inclusão e exclusão (GIL, 2010).

Os participantes sementes serão captados dentre os integrantes do Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança (NuPEEMC), que pertence ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). No NuPEEMC se reúnem professores, pesquisadores e alunos de graduação e de pós-graduação. Dentre os membros, estão enfermeiras obstetras que atuam na assistência direta ao parto normal e ao abortamento no Rio de Janeiro.

Uma carta convite para participação da pesquisa (Apêndice A) será enviada via mensagem eletrônica (e-mail ou WhatsApp), na qual constará um link criado no aplicativo gerenciador de pesquisa Google Forms (<https://forms.gle/Fkq74BEfEgJp843N9>), contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). Os convites serão enviados individualmente, contendo apenas um remetente e um destinatário, de forma a preservar a identidade dos participantes.

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

Continuação do Parecer: 7.358.143

Objetivo da Pesquisa:

Texto retirado das Informações Básicas do Projeto e inseridas na Plataforma Brasil pela/e/o pesquisador responsável ou qualquer membro da pesquisa.

- 1) Descrever a visão das Enfermeiras Obstetras sobre o ensino do abortamento e óbito fetal na sua formação profissional em Enfermagem Obstétrica nos moldes de residência e
- 2) Analisar as repercussões para a assistência obstétrica do ensino do abortamento e óbito fetal na visão das Enfermeiras Obstetras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Texto retirado das Informações Básicas do Projeto e inseridas na Plataforma Brasil pela/e/o pesquisador responsável ou qualquer membro da pesquisa.

Riscos:

Esta pesquisa oferece riscos mínimos às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano. Por se tratar de uma pesquisa virtual, há o risco de ocupar o tempo do participante ao participar da entrevista; divulgação de dados (registrados no TCLE) em caso de ataque hacker; invasão de privacidade; interferência na vida e na rotina; constrangimento de interagir com estranhos, mesmo que de forma virtual; medo de repercussões eventuais. Caso não se sinta à vontade, a participante poderá simplesmente não responder à questão, ou até mesmo desistir de participar da pesquisa, mesmo após o preenchimento do TCLE.

Benefícios:

Os benefícios não serão, necessariamente, para o benefício direto da participante. Entretanto, as informações sobre o tema da pesquisa poderão subsidiar propostas de qualificação profissional na formação profissional de novas Enfermeiras Obstetras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Critério de Inclusão:

Serão consideradas as enfermeiras que tenham formação em Enfermagem Obstétrica na modalidade de residência e que estejam atuando na assistência obstétrica direta ao parto normal no Estado do Rio de Janeiro.

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO



Continuação do Parecer: 7.358.143

Critério de Exclusão:

Serão excluídas aquelas que estejam afastadas por licença médica, licença maternidade ou afastadas do exercício profissional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta:

- Folha de rosto - ok
- TCLE - ok
- TALE - não se aplica
- Instrumento de coleta de dados - ok
- Cronograma - ok
- Carta de anuência - não se aplica
- Apresentou carta-convite
- Apresentou Termo de Compromisso Ético

Recomendações:

Ver Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com base nas Resoluções 466/12 e 510/16 e suas complementares, aponta(m)-se a(s) seguinte(s) pendência(s):

1. Solicita-se informar, no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido, que o participante tem garantido o direito de solicitar indenização por meio das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406 de 2002, Artigos 927 a 954; Resolução CNS n.º 466, de 2012, Inciso IV.3.h; e Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 9º, Inciso VI). ATENDIDA
2. Descrever de que forma o primeiro participante será indicado; ATENDIDA
3. Explicitar que qualquer convite individual enviado por e-mail só poderá ter um remetente e um destinatário, ou ser enviado na forma de lista oculta; ATENDIDA
4. Incluir o Termo de Uso de Dados(TCUD) pertinente à pesquisa na Plataforma Brasil. ATENDIDA

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO**



Continuação do Parecer: 7.358.143

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Inserir os relatórios parcial(is) (a cada 6 meses) e final da pesquisa na Plataforma Brasil por meio de Notificação.

Consulte o site do CEP UNIRIO (www.unirio.br/cep) para identificar materiais e informações que podem ser úteis, tais como:

- a) Modelos de relatórios e como submetê-los (sub abas "Relatórios" e "Notificações" e aba "Materiais de apoio e tutoriais");
- b) Situações que podem ocorrer após aprovação do projeto (mudança de cronograma e da equipe de pesquisa, alterações do protocolo pesquisa; observação de efeitos adversos, ...) e a forma de comunicação ao CEP (aba "Tramitação após aprovação do projeto" e suas sub abas).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2445459.pdf	12/12/2024 19:37:59		Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura_do_Projeto_Pendencia.pdf	12/12/2024 19:37:23	ANA CAROLINA FERREIRA FILIPE	Aceito
Outros	Carta_de_Atendimento_a_Pendencia.pdf	11/12/2024 18:04:03	ANA CAROLINA FERREIRA FILIPE	Aceito
Outros	TCDU.pdf	11/12/2024 18:03:12	ANA CAROLINA FERREIRA FILIPE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pendencia.pdf	11/12/2024 18:02:27	ANA CAROLINA FERREIRA FILIPE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	29/10/2024 22:18:53	ANA CAROLINA FERREIRA FILIPE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_do_Projeto.pdf	28/10/2024 19:42:35	ANA CAROLINA FERREIRA FILIPE	Aceito
Outros	Carta_Convite.pdf	28/10/2024 19:42:09	ANA CAROLINA FERREIRA FILIPE	Aceito
Outros	Instrumento_da_Coleta_de_Dados.pdf	28/10/2024 19:41:52	ANA CAROLINA FERREIRA FILIPE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	28/10/2024 19:41:03	ANA CAROLINA FERREIRA FILIPE	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO



Continuação do Parecer: 7.358.143

Ausência	TCLE.pdf	28/10/2024 19:41:03	ANA CAROLINA FERREIRA FILIPE	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	28/10/2024 19:40:43	ANA CAROLINA FERREIRA FILIPE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso_Etico_da_Pes quisadora_Responsavel.pdf	28/10/2024 19:40:08	ANA CAROLINA FERREIRA FILIPE	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/10/2024 19:39:32	ANA CAROLINA FERREIRA FILIPE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Fevereiro de 2025

Assinado por:
Luciana Silva Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

APÊNDICE E – TERMO DE ANUÊNCIA DO NUPEEMC:

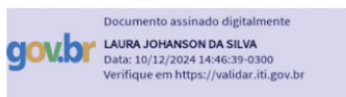


UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO

Termo de Anuência

O Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança (NUPEEMC) está de acordo com a execução do projeto “Visão das Enfermeiras Obstetras sobre o Ensino do Abortamento e Óbito Fetal: Contribuições para a Assistência”, coordenado pela pesquisadora Ana Carolina Ferreira Filipe, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição através da discussão e construção do estudo através de espaços de discussões nas reuniões do núcleo. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2024



Prof.^a Dr.^a Laura Johanson da Silva
Coordenadora do NUPEEMC

(X) Autorizo a disponibilização da lista de e-mail dos enfermeiros participantes do núcleo.

(X) Autorizo citar o nome da instituição.

APÊNDICE F – QUADRO SÍNTESE DAS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO:

Quadro 2 – Unidades de Significação (continua)

Unidades de Significação	Entrevistas										Total de UR	Total de Corpus	
	EnfObst1	EnfObst2	EnfObst3	EnfObst4	EnfObst5	EnfObst6	EnfObst7	EnfObst8	EnfObst9	EnfObst10			EnfObst11
1- Ensino teórico superficial	5	3	2	0	2	5	2	4	1	7	2	33	10
2- Ausência de aulas teóricas sobre a temática	4	3	4	0	2	5	3	1	6	3	4	35	10
3- Enfoque do ensino teórico no “nacer lindo”	4	2	1	2	1	1	0	3	2	2	0	18	9
4- Necessidade de humanizar o luto perinatal	3	3	3	1	1	3	4	2	5	2	0	27	10
5- Aprendizado na vivência prática da residência	3	5	8	1	0	1	3	2	1	2	0	26	9
6- Sensação de despreparo para a assistência	1	6	1	2	2	5	1	1	0	1	3	23	10
7- Reconhecimento de que os temas fazem parte do espectro da enfermagem obstétrica	5	2	4	1	2	3	0	3	2	5	0	27	9
8- Sugestão de abordagem teórica da temática no segmento teórico	6	11	2	2	3	3	3	0	4	5	3	42	10
9- Enfoque pessoal na assistência ao parto de risco habitual	2	0	0	3	0	0	0	0	0	4	0	9	3

Quadro 2 – Unidades de Significação (continuação)

Unidades de Significação	Entrevistas											Total de UR	Total de Corpus
	EnfObst1	EnfObst2	EnfObst3	EnfObst4	EnfObst5	EnfObst6	EnfObst7	EnfObst8	EnfObst9	EnfObst10	EnfObst11		
10- Sugestão de aulas teóricas com profissionais da psicologia	1	0	0	4	0	0	4	1	0	0	0	10	4
11- Dificuldade de comunicar-se com a mulher e famílias enlutadas	1	0	4	1	0	0	4	2	2	0	1	15	7
12- Afastamento da clientela como estratégia de blindagem	1	0	0	2	0	0	0	1	0	3	1	8	5
13- Dificuldade emocional de lidar com o luto perinatal	0	2	1	4	0	1	0	2	0	2	1	13	7
14- Dificuldade de prestar assistência à clientela por carência de conhecimentos	0	1	2	0	2	1	2	0	0	0	2	10	6
15- Proatividade de prestar assistência à clientela no campo prático	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2
16- Enfoque do ensino teórico no saber biomédico	0	0	2	2	1	0	1	3	0	2	1	12	7
17- Aprendizado com o tempo de experiência profissional	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	4	4

Quadro 2 – Unidades de Significação (conclusão)

Unidades de Significação	Entrevistas										Total de UR	Total de Corpus
	EnfObst1	EnfObst2	EnfObst3	EnfObst4	EnfObst5	EnfObst6	EnfObst7	EnfObst8	EnfObst9	EnfObst10	EnfObst11	
18- Vivência com a clientela somente após o término da residência	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
19- Busca autônoma por conhecimentos	0	0	6	0	2	1	0	9	0	0	1	5
20- Reconhecimento de déficit de conhecimento através do tempo de experiência profissional	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	3
21- Infraestrutura precária	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1
Total	36	40	43	27	19	30	27	34	24	42	20	342
												-

APÊNDICE G – QUADRO SÍNTESE DE SATURAÇÃO DAS ENTREVISTAS:

Quadro 3 – Saturação das Entrevistas (continua)

Unidades de Significação	Entrevistas										Total de Recorrência	
	EnfObst1	EnfObst2	EnfObst3	EnfObst4	EnfObst5	EnfObst6	EnfObst7	EnfObst8	EnfObst9	EnfObst10		EnfObst11
1- Ensino teórico superficial												33
2- Ausência de aulas teóricas sobre a temática												35
3- Enfoque do ensino teórico no “nascer lindo”												18
4- Necessidade de humanizar o luto perinatal												27
5- Aprendizado na vivência prática da residência												26
6- Sensação de despreparo para a assistência												23
7- Reconhecimento de que os temas fazem parte do espectro da enfermagem obstétrica												27
8- Sugestão de abordagem da temática no segmento teórico												42
9- Enfoque pessoal na assistência ao parto de risco habitual												9

Quadro 3 – Saturação das Entrevistas (continuação)

Unidades de Significação	Entrevistas										Total de Recorrência	
	EnfObst1	EnfObst2	EnfObst3	EnfObst4	EnfObst5	EnfObst6	EnfObst7	EnfObst8	EnfObst9	EnfObst10		EnfObst11
10- Sugestão de aulas teóricas com profissionais da psicologia												10
11- Dificuldade de comunicar-se com a mulher e famílias enlutadas												15
12- Afastamento da clientela como estratégia de blindagem												8
13- Dificuldade emocional de lidar com o luto perinatal												13
14- Dificuldade de prestar assistência por carência de conhecimentos												10
15- Proatividade de prestar assistência à clientela no campo prático												4
16- Enfoque do ensino teórico no saber biomédico												12
17- Aprendizado com o tempo de experiência profissional												4

Quadro 3 – Saturação das Entrevistas (conclusão)

Unidades de Significação	Entrevistas											Total de Recorrência
	EnfObst1	EnfObst2	EnfObst3	EnfObst4	EnfObst5	EnfObst6	EnfObst7	EnfObst8	EnfObst9	EnfObst10	EnfObst11	
18- Vivência com a clientela somente após o término da residência												1
19- Busca autônoma por conhecimentos												19
20- Reconhecimento de déficit de conhecimento através do tempo de experiência profissional												3
21- Infraestrutura precária												3
Total de Novos Enunciados	12	3	3	1	0	1	0	0	0	1	0	-

APÊNDICE H – QUADRO SÍNTESE DA ANÁLISE CATEGORIAL:

Quadro 4 – Análise Categorical

Unidades de Significação	Nº de UR	Subcategoria	Nº de UR	Categoria	Nº UR
Sugestão de abordagem da temática no segmento teórico	42	Ensino teórico sobre o abortamento e o óbito fetal com ênfase nos saberes biomédicos	132	Ensino teórico x ensino prático na residência sobre o abortamento e o óbito fetal a partir da percepção das enfermeiras obstetras	226
Ausência de aulas teóricas sobre a temática	35				
Ensino teórico superficial	33				
Ênfoque do ensino teórico no saber biomédico	12				
Sugestão de aulas teóricas com profissionais da psicologia	10				
Ênfoque do ensino teórico no “nascer lindo”	27	Ensino teórico com enfoque da assistência aos processos de gestação, trabalho de parto e parto de mulheres classificadas como risco habitual	45		
Reconhecimento de que os temas fazem parte do espectro da enfermagem obstétrica	18				
Aprendizado na vivência prática da residência	26	A importância do campo prático para suprir as fragilidades do ensino teórico	49		
Busca autônoma por conhecimentos	19				
Proatividade de prestar assistência à clientela no campo prático	4				
Necessidade de humanizar o luto perinatal	27	-	116	A percepção das enfermeiras obstetras sobre a assistência de enfermagem às mulheres que vivenciam o abortamento e o óbito fetal	116
Sensação de despreparo para a assistência	23				
Dificuldade de comunicar-se com a mulher e famílias enlutadas	15				
Dificuldade emocional de lidar com o luto perinatal	13				
Dificuldade de prestar assistência por carência de conhecimentos	10				
Enfoque pessoal na assistência ao parto de risco habitual	9				
Afastamento da clientela como estratégia de blindagem	8				
Aprendizado com o tempo de experiência profissional	4				
Infraestrutura precária	3				
Reconhecimento de déficit de conhecimento através do tempo de experiência profissional	3				
Vivência com a clientela somente após o término da residência	1				