

O processo de aprendizagem das discentes no bloco prático da residência em enfermagem obstétrica

The learning process of students in practical activities of residency in obstetric nursing

El proceso de aprendizaje de los estudiantes en bloque práctico de la residencia en enfermería

Jane Márcia Progiantí¹; Juliana Amaral Prata²

RESUMO

Objetivos: analisar o processo de aprendizagem das discentes ao longo do bloco prático da Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Metodologia:** pesquisa qualitativa com 13 enfermeiras obstétricas, egressas do referido curso, que atuam em maternidades municipais do Rio de Janeiro. Utilizou-se a entrevista como técnica de coleta dos dados, tendo a análise do discurso como dispositivo teórico de interpretação e a sociologia de Pierre Bourdieu como referencial analítico. **Resultados:** o processo de aprendizagem aconteceu a partir de suas interações com as adversidades e as afinidades percebidas nos serviços de saúde. Nos embates com os profissionais medicalizados, compreenderam a dinâmica das disputas ideológicas e desenvolveram habilidades de luta. Com as preceptoras adeptas da humanização, adquiriram habilidades práticas e apreenderam o cuidado desmedicalizado. **Conclusão:** as aprendizagens favoreceram a constituição de especialistas com disposições para gerar práticas não invasivas, lutar pela desmedicalização e impulsionar mudanças no modelo assistencial obstétrico.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica; ensino; humanização da assistência; saúde da mulher.

ABSTRACT

Objective: to examine students' learning process in practical activities of the Residency in Obstetric Nursing at Rio de Janeiro State University. **Methodology:** qualitative study of 13 obstetric nurses who graduated from this course, now working at municipal maternity hospitals in Rio de Janeiro. Data were collected by interview and interpreted using discourse analysis as a theoretical tool within an analytical framework given by the sociology of Pierre Bourdieu. **Results:** The learning process occurred on the basis of nurses' interactions with adversities, and the affinities they perceived in health services. In clashes with medicalized personnel, they came to understand the dynamics of ideological disputes, and developed fighting skills. From preceptors who favor humanization, they acquired practical skills and learned demedicalized care. **Conclusion:** The learning favored the formation of specialists disposed to administer noninvasive practices, to fight for demedicalization and to drive changes in the model of obstetric care.

Keywords: Obstetric nursing; teaching; humanization of assistance; women's health.

RESUMEN

Objetivo: analizar el proceso de aprendizaje de los estudiantes en el bloque práctico de la residencia en enfermería obstétrica de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro. **Metodología:** investigación cualitativa junto a 13 enfermeras obstétricas, egresadas de ese curso, que trabajan en maternidades municipales de Rio de Janeiro. Se utilizó la entrevista como técnica de recolección de datos, el análisis del discurso como dispositivo metodológico y la sociología de Pierre Bourdieu como referencial analítico. **Resultados:** el proceso de aprendizaje ocurrió a partir de sus interacciones con las adversidades y las afinidades observadas en los servicios de salud. En los enfrentamientos con los profesionales medicalizados, entendieron la dinámica de los conflictos ideológicos y desarrollaron habilidades de lucha. Con las preceptoras adeptas de la humanización, adquirieron habilidades prácticas y entendieron el cuidado desmedicalizado. **Conclusión:** los aprendizajes favorecieron la formación de especialistas con disposición para generar prácticas no invasivas, luchar contra la medicalización e impulsar cambios en el modelo de atención obstétrica.

Palabras clave: Enfermería obstétrica; enseñanza; humanización de la atención; salud de la mujer

INTRODUÇÃO

Em 2004, apesar da ausência de legislação que amparasse a capacitação de enfermeiras obstétricas por meio do treinamento em serviço, a publicação do Programa de Qualificação da Assistência Perinatal no município do Rio de Janeiro e a oferta insuficiente de especialistas com experiência na atenção ao parto normal, resultaram numa parceria entre a Secretaria

Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ) para a criação do curso de especialização em enfermagem obstétrica na modalidade de residência^{1,2}.

Esse modelo de ensino possui a duração de dois anos, com vistas ao desenvolvimento de habilidades

¹Doutora. Professora Associada. Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: jmprogi@uol.com.br.

²Doutora. Professora Assistente. Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: juaprata@gmail.com.

e competências a partir de saberes e práticas que favoreçam a inserção qualificada no Sistema Único de Saúde (SUS)³. Assim, o projeto político-pedagógico da residência em enfermagem obstétrica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), estrutura-se em 5.760 horas distribuídas em disciplinas teóricas, teórico-práticas e práticas, onde a SMS/RJ é a responsável por garantir os espaços de ensino em serviço e pela delegação da preceptoria. À ENF/UERJ, cabe a emissão do título de especialista, o planejamento e a avaliação do processo formativo, assim como o fornecimento dos conteúdos teóricos^{1,2,4}.

O referido curso tem como eixo norteador a ideologia da desmedicalização da saúde da mulher, concebendo o cuidado de enfermagem enquanto uma construção compartilhada, onde as enfermeiras obstétricas se orientam pelo princípio da não-invasão^{1,2,4-6}. Sob essa ótica, o trabalho pedagógico da residência tem início com os docentes, em 1.440 horas do bloco teórico. Já nas 4.365 horas do bloco prático, as residentes estão inseridas em diferentes campos obstétricos, locais de aparentes disputas ideológicas acerca do modelo de atenção obstétrica (o medicalizado e o humanizado)⁷.

Nesse sentido, e considerando que essa formação profissional acontece, majoritariamente, nesses serviços de saúde, o presente estudo objetivou analisar o processo de aprendizagem das discentes ao longo do bloco prático da residência em enfermagem obstétrica da UERJ.

Essa pesquisa apresenta contribuições importantes para o ensino da enfermagem obstétrica e para a formação de recursos humanos no âmbito do SUS, pois o curso estudado mostra o processo singular pelo qual as enfermeiras apreendem a produção do cuidado desmedicalizado, capaz de impulsionar mudanças no modelo assistencial obstétrico.

REFERENCIAL TEÓRICO

Utilizou-se os conceitos de campo, luta e violência simbólica desenvolvidos por Pierre Bourdieu, que considera os campos sociais como espaços hierarquizados e relativamente autônomos, os quais possuem valores e objetos próprios que incitam disputas entre os agentes para impor sua visão de mundo e legitimar suas representações como dominantes. No interior desses locais, os agentes (indivíduos ou grupos) se distribuem hierarquicamente de acordo com o volume de seus capitais o que determina sua posição e poder⁸.

Desse modo, os agentes podem fazer parte de um campo, se neles sofrem ou produzem efeitos através das lutas simbólicas, que são aquelas nas quais os agentes desenvolvem estratégias para manter-se ou melhorar suas posições no campo⁹.

Frente às relações de força que se estabelecem nos campos, aqueles que se encontram em melhores posições exercem a dominação sobre os demais por

meio de uma violência, normalmente simbólica, que se traduz na imposição, sem coerção física, da cultura dominante, sendo que a eficácia reside no reconhecimento de sua legitimidade^{9,10}.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa¹¹, extraído da tese de doutorado *A constituição do habitus profissional no Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, vinculada ao projeto *O processo de implantação do modelo humanizado de assistência ao parto e nascimento: a participação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro na reconfiguração do campo obstétrico, da ENF/UERJ*.

As participantes foram enfermeiras obstétricas, egressas do Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica da UERJ, que atuam em maternidades municipais do Rio de Janeiro. Foram excluídas aquelas que desenvolvem atividade profissional em outras esferas administrativas, no setor particular e/ou em áreas que não sejam a obstetrícia. O levantamento das participantes considerou o período de 2004 a 2013, com um total de 56 egressas. Após uma aproximação inicial por telefone, somente 26 atendiam aos critérios pré-estabelecidos, das quais 13 se configuraram participantes do estudo. Esse processo aconteceu de novembro de 2014 a maio de 2015.

Como técnica de coleta dos dados, adotou-se a entrevista, seguindo um instrumento semiestruturado, que propiciou a captação das percepções das egressas acerca do bloco prático da residência. As entrevistas foram gravadas em arquivos de áudio digital. Utilizou-se a análise do discurso como dispositivo teórico de interpretação e a sociologia de Pierre Bourdieu como referencial analítico. Nessa perspectiva, a interpretação e análise das entrevistas aconteceram em etapas que possibilitaram a compreensão dos sentidos concretizados nos discursos de cada egressa^{12,13}.

Inicialmente, realizou-se a transcrição da produção verbal e, para preservar os sentidos pretendidos no momento da enunciação, foram inseridos os seguintes símbolos no *corpus* de análise: (Itálico)Comentários da pesquisadora, [...] Supressão de partes dos dizeres, ... Incompletude do pensamento, < Interrupção da fala pela pesquisadora, / Pausa breve na fala, // Pausa longa, ! Ênfase na frase, - Inconclusão do dizer, (/) Inacabamento do dizer.

Por meio de leituras sucessivas, foram identificados os dispositivos teóricos da análise do discurso (esquecimento ideológico, esquecimento enunciativo, paráfrase, interdiscurso, metáfora e polissemia), o que possibilitou a apreensão das formações discursivas presentes na produção verbal das participantes. Em seguida, associando as formações discursivas que apresentaram a mesma origem, notou-se que essas confluíam para

uma ideologia, permitindo a construção de um modelo concêntrico de análise. Considerando as condições de produção dos discursos, procedeu-se com a discussão da relação entre discurso e ideologia com as formações imaginárias, tendo o referencial teórico de Bourdieu como base para a análise dos processos discursivos.

Respeitando-se à Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁴, adotaram-se símbolos para representar a autoria das enunciações, com as letras E e T seguidas de algarismos, que correspondem à ordem de realização das entrevistas e à turma. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ sob o protocolo número 33497214.8.0000.5282.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seguindo um modelo concêntrico de análise, constatou-se que o processo de aprendizagem aconteceu a partir de interações das discentes com as adversidades e afinidades presentes nos serviços de saúde, conforme mostra a Figura 1.

O processo de aprendizagem das discentes nas interações com as adversidades

Como adversidades encontradas ao longo do bloco prático da residência, as egressas pontuaram os profissionais que apresentaram condutas e comportamentos não condizentes com os princípios norteadores do curso.

Era muita briga! Eles (médicos) entravam no meio... Forçavam a gente a abrir episiotomia! Quando a gente verticalizava a paciente, eles deitavam! Ocitocina, todas elas tinham. Dieta zero... (E12/T1)

Isso é muito chocante! [...] O que se fala na aula não é o que se vive! [...] As tecnologias que a gente podia oferecer, dependia de cada campo! A gente, nem sempre, tinha apoio dos nossos preceptores, enfermeiros obstetras mesmo! (E3/T4)

A análise dos discursos desvelou que, ao se inserirem nos campos obstétricos como residentes, elas vislumbraram a complexidade dos serviços de saúde e a dinamicidade das relações nesses locais, os quais comportam conflitos envolvendo profissionais que se orientam por modelos assistenciais distintos.

Essa realidade é fruto da coexistência de agentes formados por visões de mundo diferentes de modo que as concepções adquiridas geram atitudes diferenciadas na atenção à mulher¹⁵. Assim, os campos obstétricos se constituem em espaços de lutas ideológicas onde os profissionais se encontram engajados em disputas constantes pela imposição da visão de mundo que conduz suas práticas obstétricas.

Nesse sentido, os adeptos do modelo humanizado desenvolvem práticas que agregam novos valores ao cuidado, pois respeitam o protagonismo feminino e compreendem o parto como um evento humano,

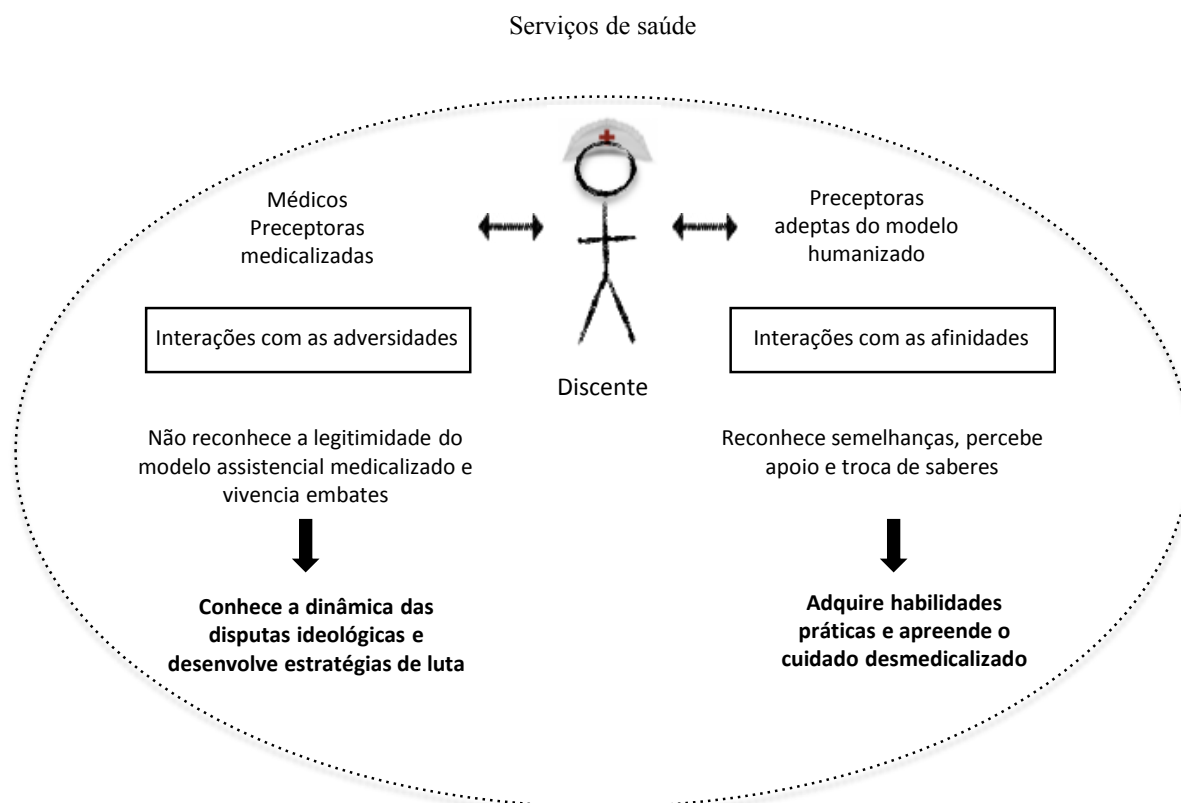


FIGURA 1: Aprendizagens adquiridas no bloco prático do curso de residência em enfermagem obstétrica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

inserido no contexto existencial da mulher. Por outro lado, os defensores do modelo medicalizado concebem a mulher como passiva e o parto como um evento patológico. Essas diferenças de concepções impulsionam as lutas pelo domínio nos campos obstétricos¹⁶⁻¹⁸.

Nos serviços de saúde que funcionam como campos de estágio, apesar da formação das enfermeiras obstétricas ser um desafio para a articulação entre teoria e prática^{2,19,20}, verificou-se que as relações de poder presentes se configuraram como adversidades que propiciaram aprendizagens importantes para as discentes, as quais decorreram dos embates vivenciados com médicos e alguns preceptores adeptos do modelo medicalizado.

A aprendizagem apartir dos embates com os médicos

No contato prolongado com os serviços de saúde, as egressas relataram que as práticas desenvolvidas e os instrumentos utilizados por elas geraram confrontos com os profissionais médicos.

Nós conseguíamos as bolas, eles (profissionais médicos) juravam! Cavalinho, a gente ainda não tinha! Banquinho, a gente ainda não tinha! Então, o que nós fazíamos com as pacientes era colocar na banheira, mas a gente não podia deixar os bebês nascerem na banheira! Então, tínhamos que tirar e levar para a sala de parto! (E12/T1)

Se você saísse do box e a mulher estivesse com oito centímetros, eles já entravam, reduziam o colo, colocavam para nascer... (ações desenvolvidas por médicos) Não tinha esse respeito pelo trabalho que você estava fazendo... < Mas vocês cediam? / Na maioria das situações, sim! Porque, ainda mais quando somos residentes, a gente fica meio / acuado / com receio de criar um embate. (E10/T5)

As falas acima apresentam algumas estratégias adotadas pelos médicos para interferir na atuação desmedicalizada das residentes que, por meio de tecnologias leves, contribuía para o empoderamento feminino e para o processo de parturição com o mínimo de intervenção¹⁷⁻²⁰.

Na perspectiva das tecnologias utilizadas na produção da saúde, as leves se baseiam em processos relacionais de modo que a opção predominante por esse tipo de tecnologia assistencial direciona as ações dos profissionais para um modelo de atenção que se caracteriza pelo enfoque no trabalho humano e no ato da interação com o indivíduo e suas subjetividades. Esse modo de produzir o cuidado em saúde se opõem ao modelo médico dominante, centrado no trabalho instrumental, ou seja, em tecnologias duras²¹.

Sob essa ótica, a utilização das tecnologias leves conferiu novos sentidos ao cuidado obstétrico prestado pelas discentes e produziu representações acerca do modelo assistencial desmedicalizado, o qual vem conferindo distinção e poder às enfermeiras obstétricas na atenção ao parto e nascimento, principalmente no município do Rio de Janeiro^{7,18,20,22,23}.

Considerando que na dinâmica de um campo, toda prática é visível e os agentes são capazes de perceber as diferenças espontâneas como distinções significantes²⁴, nota-se que as características desmedicalizadas das práticas das residentes funcionaram como sinais distintivos nos serviços de saúde visto que, nesses locais, ainda predominam intervenções típicas do modelo medicalizado.

Esses sinais distintivos se referem às propriedades e práticas de um agente ou grupo que caracterizam, classificam e expressam diferenças, permitindo o distanciamento dos demais agentes. Esse efeito de distinção se estabelece na relação com a lógica de um campo de modo que os sinais distintivos podem conferir lucros e poder aos seus portadores^{25,26}.

A fim de conter essa distinção, os médicos reprimiram as atitudes, manifestaram ações impositivas e danificaram os instrumentos, desrespeitando o espaço de atuação das residentes numa tentativa de impedir a reprodução do cuidado desmedicalizado e, assim, preservar a ordem medicalizada dominante.

Nessas ocasiões, a dominação exercida pelos médicos pode ser considerada uma violência explícita que resultou numa intimidação à atuação das discentes, onde as mesmas se abstiveram de lutar, evitando o embate direto⁷. Tal constatação revela que nessas interações, a principal aprendizagem para as residentes foi perceber que os serviços obstétricos são espaços de elaboração de estratégias para a luta simbólica entre os agentes^{8,9}.

A aprendizagem apartir dos embates com as preceptoras medicalizadas

Como parte das adversidades percebidas nos serviços de saúde, as discentes reconheceram algumas preceptoras que desenvolviam, assim como os médicos, práticas intervencionistas no cuidado à mulher. Nessas relações, elas pontuaram situações nas quais se sentiram intimidadas a agir de acordo com a visão de mundo medicalizada:

Na prática, eu aprendi episiotomia. / Tinham critérios para abrir episiotomia! / Tinham alguns critérios que eram colocados - Eu não acreditava porque sabia que não eram verdadeiros! E / para aquelas pessoas eram uma verdade, então, eu me via fazendo coisas que eu não queria! (E3/T4)

Não podia no box: Está em período expulsivo? Vamos levar para a sala de parto! / A mulher fica na horizontal e tem que por a perna na perneira [...] - Olha, o neném é grande! Você não vai abrir não? (se refere à realização da episiotomia) / Vai estourar tudo e vai ter que suturar sozinha! (E13/T6)

Nessas falas, as participantes retratam condutas intervencionistas e comportamentos que não respeitavam a fisiologia do processo de parturição e o direito de escolha da mulher. Tais práticas obstétricas são comumente desenvolvidas por profissionais adeptos

do modelo medicalizado, ainda que as recomendações oficiais e as evidências científicas as considerem como prejudiciais ou de uso criterioso²³.

Ainda, as atitudes impositivas das preceptoras evidenciam a posição dessas agentes em relação as residentes e o exercício de uma violência simbólica para legitimar suas concepções medicalizadas. Esse tipo de violência se caracteriza por ser suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, sendo que sua eficácia será maior quanto menor for a consciência dos agentes nela envolvidos¹⁰.

Mesmo que, muitas vezes, as discentes atuassem em desacordo com os princípios do ensino teórico da residência, é interessante ressaltar que, nem sempre, elas se mostraram subordinadas às determinações das preceptoras medicalizadas:

Eles tinham uma conduta diferente. / Mais intervencionista! Mas a gente não se deixava levar por aquilo e / continuávamos fazendo da forma que nós acreditávamos! E eles não impediam! Dizíamos que é assim que nós fazemos. Diferente! [...] A forma que a gente aprendia! (E4/T2)

Na residência, aprendemos muito a questão da confiança no que você está fazendo. [...] Na fundamentação teórica que você tem daquilo! Então, conseguíamos colocar em prática mesmo quando aquele preceptor / não fosse muito voltado (/). (E5/T5)

Esses dizeres revelam o interesse das discentes nos embates com essas preceptoras, pois, durante o bloco prático do curso, o que estava em jogo eram espaços para desenvolver habilidades desmedicalizadas na atenção ao parto. Nesse sentido, vislumbraram as preceptoras como agentes mais próximas na hierarquia dos campos obstétricos e usaram os saberes adquiridos no bloco teórico como instrumentos de luta para enfrentar as tentativas de dominação e agir em meio às adversidades do modelo predominante nos serviços de saúde.

A utilização das concepções desmedicalizadas e dos conhecimentos científicos se constituiu numa estratégia de resistência, as quais são comumente adotadas pelos agentes que contestam as relações de força existentes num determinado campo e aspiram a legitimação de sua visão de mundo^{8,9,27}.

Como resultado da relação entre um interesse específico e um campo, as estratégias evidenciam o envolvimento dos agentes com o jogo de modo que quando os esquemas de pensamento e ação estão ajustados com a estrutura dominante do campo, os agentes participam com estratégias de conservação. Por outro lado, caso haja um desajuste com as exigências inscritas nesse local, os agentes podem adotar estratégias de subversão ou de retirada²⁸.

Nesse caso, ainda que a estratégia adotada não fosse interessada na subversão da ordem medicalizados campos obstétricos, as discentes perceberam que

os embates com algumas preceptoras medicalizadas repercutiram sobre suas condutas:

Elas criticavam, debochavam das nossas condutas, mas, algumas vezes, você até os via / que, por osmose, / fazendo as mesmas coisas que a gente fazia... As mesmas orientações / não-invasivas...[...] Então, eu achava interessante porque eles / têm uma visão intervencionista, mas, ao mesmo tempo, aquilo foi sendo absorvido por eles! // E, num lugar, totalmente, tecnocrático... (E11/T6)

A fala acima evidencia que a distinção presente nas práticas desmedicalizadas das residentes produziu representações sobre a atenção obstétrica que contribuíram para a reconfiguração do modo de pensar e agir de algumas preceptoras.

Nesse sentido, é possível inferir que, em campos predominantemente medicalizados, a entrada das discentes e suas lutas pelo desenvolvimento do cuidado desmedicalizado podem favorecer a mudança do modelo assistencial nos serviços de saúde a partir da mobilização dos profissionais com novas concepções ideológicas. Esse efeito é provável, pois o princípio da distinção incita disputas entre os agentes, seja pela conservação ou pela redefinição dos valores dominantes num campo, de modo que o interesse nesse jogo é a condição de seu funcionamento e, ao mesmo tempo, a origem de suas reestruturações^{8,27}.

Assim, a análise dos discursos das egressas desvelou que, nos embates vivenciados com as preceptoras medicalizadas, elas apreenderam as disputas dos campos obstétricos sob uma perspectiva diferente das travadas com os médicos, compreendendo que quando há interesse no jogo, a participação no mesmo se torna evidente e, mesmo diante do exercício da violência simbólica, cabe investir na luta e contestar os princípios que estruturam as relações de poder por meio de estratégias, as quais podem modificar as propriedades que fundamentam a autoridade no campo e subverter a lógica dominante^{8,27}.

O processo de aprendizagem das discentes nas interações com as afinidades

Ainda que as discentes tenham se deparado com adversidades nos serviços de saúde, elas também reconheceram afinidades ao interagirem com preceptoras adeptas do modelo humanizado, o que propiciou um processo de aprendizagem decorrente do apoio e da troca de saberes.

E tínhamos aquelas preceptoras que nos apoiavam! [...] mas ela não conseguia colocar em prática (as práticas humanizadas) porque ela não tinha o apoio de ninguém! [...] com a nossa presença ali, ela se sentiu fortalecida a ponto de brigar! (E12/T1)

Eu fiquei com uma enfermeira que é uma pessoa / de fazer e / testar. / Fazia tudo que a gente via lá (na sala de aula)! [...] / Apesar // de sermos muito criticadas / pelos médicos... / a enfermeira chegava junto com a gente! (E8/T3)

Essas falas mostram que quando as preceptoras compartilhavam da visão de mundo das residentes, os serviços de saúde representaram a continuidade da teoria na prática e elas se sentiram estimuladas a aplicar as concepções desmedicalizadas mesmo diante das adversidades dos campos obstétricos.

Nessas ocasiões, discentes e preceptoras apresentaram esquemas de pensamento e ações semelhantes e manifestaram certa homogeneidade nas práticas obstétricas, caracterizando agentes com disposições homólogas²⁵. Ainda, o reconhecimento mútuo das semelhanças constituiu uma rede de solidariedade entre elas que permitiu a apropriação de saberes, revelando o capital social presente nessas relações²⁶.

Desse modo, as preceptoras reafirmaram o sentimento de pertencimento à especialidade enfermagem obstétrica e fortaleceram suas concepções desmedicalizadas, empoderando-se para as lutas ideológicas dos campos obstétricos. Por outro lado, as discentes se apropriaram dos conhecimentos práticos das enfermeiras e desenvolveram habilidades desmedicalizadas para um cuidado não-invasivo à mulher durante o processo de parturição.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, ao longo do bloco prático da residência em enfermagem obstétrica da UERJ, o processo de aprendizagem das discentes aconteceu a partir de interações diversificadas nos serviços de saúde, os quais, muitas vezes, não apresentam estruturas consoantes com o princípio ideológico do curso, a desmedicalização.

No entanto, nas interações com as adversidades, as residentes perceberam o sentido do jogo nos campos obstétricos e a necessidade de elaborarem estratégias de luta para conseguirem adquirir habilidades práticas. Por outro lado, nas interações com as afinidades, elas apreenderam o cuidado não-invasivo, que se traduz na materialização das concepções desmedicalizadas.

Diante do exposto, nota-se que o ensino prático da enfermagem obstétrica em campos que convivem com disputas ideológicas do modelo assistencial se traduz num recurso pedagógico para ampliar as possibilidades de aprendizagem das discentes.

REFERÊNCIAS

1. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Proposta de criação do curso de especialização em enfermagem obstétrica na modalidade de residência. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem; 2005.
2. Pereira ALF, Nicácio MC. Formação e inserção profissional das egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica. *Rev enferm UERJ* [internet]. 2014 [citado em 30 jan 2017];22(1):50-6. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11418/8977>.
3. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNRMS nº 2 de 13 de abril de 2012. Dispõem sobre diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em profissional de saúde. Brasília (DF):2012. [citado em 23 nov 2016]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192.
4. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. Projeto Político-Pedagógico do Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica apresentado à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional do Ministério da Educação. Rio de Janeiro: Departamento de Enfermagem Materno-Infantil; 2012.
5. Vargens OMC, Progianti JM. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. *Rev esc enferm USP* [internet]. 2004 [citado em 15 dez 2016]; 38(1):46-50. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/92.pdf>.
6. Progianti JM, Lopes AS, Gomes RCP. A participação da enfermeira obstétrica no processo de desmedicalização do parto. *Rev enferm UERJ* [internet]. 2003 [citado em 15 dez 2016]; 11:273-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n3/v11n3a06.pdf>.
7. Prata JA. A constituição do habitus profissional no Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica na Universidade do Estado do Rio de Janeiro [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2016.
8. Bourdieu P. Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983.
9. Bourdieu P. O poder simbólico. 13ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
10. Bourdieu P. Dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
11. Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2011.
12. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 11 ed. Campinas (SP): Pontes; 2013.
13. Pêcheux M. Por uma análise automática do discurso. 4ª ed. Campinas (SP): Editora Unicamp; 2010.
14. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 13 de junho de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF):2012. [citado em 04 dez 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
15. Vargens OMC, Progianti JM, Silveira ACF. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise das concepções de enfermeiras obstétricas. *Rev esc enferm USP* [internet]. 2008 [citado em 15 dez 2016]; 42(2):339-46. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033330018>.
16. Mendonça SS. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. *Civitas* [internet]. 2015 [citado em 30 jun 2017]; 15(2):250-71. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17899>.
17. Sena AD, Santos TCS, Carvalho CMF, Sá ACM, Paixão GPN. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. *Rev enferm UFSM* [internet]. 2012 [citado em 28 jun 2017]; 2(3):523-29. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3365>.
18. Gomes ML, Moura MAV. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. *Rev enferm UERJ* [internet]. 2012 [citado em 28 jun 2017]; 20(2):248-53. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a18.pdf>.
19. Lima GPV, Pereira ALF, Guida NFB, Araújo CLF, Moura MAV. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica. *Esc Anna Nery* [internet]. 2015 [citado em 28 jun 2017]; 19(4):593-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0593.pdf>.
20. Vieira BDG, Moura MAV, Alves VH, Rodrigues DP. A prática dos enfermeiros obstetras egressos da especialização da Escola de Enfermagem Anna Nery. *Rev enferm UERJ* [internet]. 2012 [citado em 27 jun 2017]; 20(esp 1):579-84. Disponível em: <http://>

www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5802.

21. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde debate* [internet]. 2003 [citado em 19 jan 2017]; 27(65):316-23. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-14.pdf>.

22. Vargens OM, Silva AC, Progianti JM. Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth--the Brazilian nurse midwives' view. *Midwifery* [internet]. 2013[cited 2017 Jan 27]; 29(11):99-106. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23481340>.

23. Gama SGN, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM,

Theme Filha MM et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod health* [internet]. 2016 [citado em 27 jan 2017]; 13(Suppl3):226-65. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0236-7>.

24. Bourdieu P. Razões e práticas: sobre a teoria da ação. Campinas (SP): Papirus; 1997.

25. Bourdieu P. A distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp; 2007.

26. Bourdieu P. O capital social notas provisórias. In: Nogueira MA, Catani A, organizadores. *Escritos de Educação*. 3ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001. p. 65-9.

27. Bourdieu P. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva; 1999.

28. Bourdieu P. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense; 1990.