Educação interprofissional e prática colaborativa: reflexões sobre o cenário obstétrico brasileiro

Danielle Menezes da Silva [1]
https://orcid.org/0000-0002-2591-4197

Corina Helena Figueira Mendes [2]
https://orcid.org/0000-0002-2344-3328

[1] Departamento Materno-Infantil. Centro Biomédico. Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua Boulevard 28 de Setembro, 157. Vila Isabel. Rio de Janeiro, RJ. Brasil. E-mail: danielle.docente.uerj@gmail.com
[2] Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. Brasil.

Resumo

Objetivos: o estudo teve como objetivo refletir a relação entre médicos e enfermeiras obstétricas no cenário de parto a partir do processo de formação de residentes em obstetrícia de ambas as categorias.

Métodos: estudo exploratório de abordagem qualitativa, baseado em consultas a especialistas através de grupos focais. Participaram 11 profissionais das categorias médica e de enfermagem. A interpretação dos dados ocorreu por meio da análise temática reflexiva.

Resultados: o conteúdo produzido foi categorizado em cinco temáticas emergentes: De quem é o parto? A mulher no centro do cuidado; Os escopos de prática e a continuidade do cuidado; Conhecimento em favor da comunicação e da confiança: o lugar das evidências científicas; Comunicação e aspectos da formação; Relações iguais entre atores desiguais: autonomia, liderança e tomada de decisão.

Conclusão: as reflexões suscitadas por esta pesquisa reforçam a educação interprofissional como estratégia para promover o modelo colaborativo de assistência obstétrica, ao mesmo tempo em que revelam a prática colaborativa no cenário brasileiro como um processo complexo, que se delineia ao longo do tempo e é atravessado por aspectos culturais, sociais, políticos e econômicos, demandando intervenções em âmbitos diversos.

Palavras-chave *Obstetrícia, Enfermagem obstétrica, Residência médica, Educação interprofissional, Práticas interdisciplinares*

Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution,* que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202620250237

Introdução

A colaboração entre profissionais de diferentes categorias é essencial para articular conhecimentos com melhores resultados na assistência às pessoas, famílias e comunidades.[1–3] Downe *et al*.[1] definem colaboração obstétrica como "esforços de enfermeiras obstétricas e médicos entre si com o propósito de compartilhar funções e prestar cuidados seguros, recompensadores e eficazes às mulheres e suas famílias" (p.251). A atuação integrada do médico obstetra e enfermeira obstétrica configura o modelo colaborativo de assistência obstétrica, contrapondo-se ao modelo tradicional, centrado no médico como provedor único.[4] A assistência compartilhada entre médico obstetra e enfermeira obstétrica predomina em países desenvolvidos[4] e no Brasil, onde a maioria dos nascimentos ocorre em ambiente hospitalar, este é o modelo proposto para hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS).[5]

A inserção da enfermeira obstétrica é estratégia para mudança no modelo assistencial, porém simplesmente reunir profissionais não significa melhoria da qualidade nem resulta em prática colaborativa.[6,7] A colaboração deve ser comportamento voluntário e natural entre membros da equipe,[6] apontando para a necessidade de refletir sobre educação interprofissional (EIP).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),[8] "a EIP ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde" (p.7). É estratégia potente para desenvolver competências colaborativas e formar profissionais capazes de articular conhecimento crítica e eticamente, atendendo a complexidade das demandas em saúde. A formação colaborativa produz melhores respostas na solução de problemas, focando nas necessidades dos usuários e nas perspectivas da integralidade e equidade.[9] Discutir formação pela perspectiva da EIP é fundamental para a mudança no modelo assistencial pretendido e fortalecimento do SUS.[10]

Embora todos os profissionais devessem colaborar para proporcionar uma experiência de parto humana e segura, frequentemente encontra-se realidade marcada por tensões, disputas por poder e discordâncias sobre condutas. Considerando ser imperativo alinhar perspectivas sobre o modelo colaborativo no cenário de parto e nascimento, esta pesquisa integra resultados de dissertação de mestrado desenvolvida no Programa de pós-graduação *stricto sensu* em saúde da mulher e da criança do Instituto Fernandes Figueira (IFF-FIOCRUZ), que se propôs a desenvolver competências colaborativas para educação interprofissional de residentes em obstetrícia, incluindo alunos de medicina e enfermagem, para atenção ao parto e nascimento.

Métodos

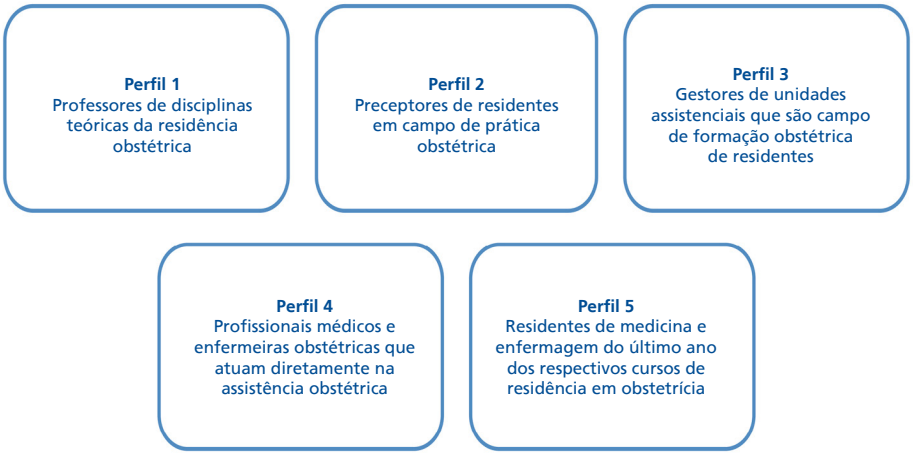
Estudo exploratório de abordagem qualitativa, baseado em consultas a especialistas através de grupos focais, que buscou discutir competências colaborativas desejáveis a residentes de medicina e enfermagem obstétrica. A abordagem metodológica fundamentou-se na consulta estruturada a especialistas, técnica que busca explorar percepções e experiências de profissionais com expertise específica sobre determinado fenômeno.[11,12]

Elaborada conforme a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos. As etapas metodológicas seguiram os critérios do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ).

A definição de "especialista" pressupôs pessoas com *expertise* acadêmica e/ou profissional sobre o tema, não necessariamente com alto grau de especialização.[11] Para compor os grupos, foram definidos cinco perfis de profissionais envolvidos com a formação de residentes em obstetrícia (Figura 1).

Figura 1

Perfis de profissionais com formação de residência em obstetrícia.

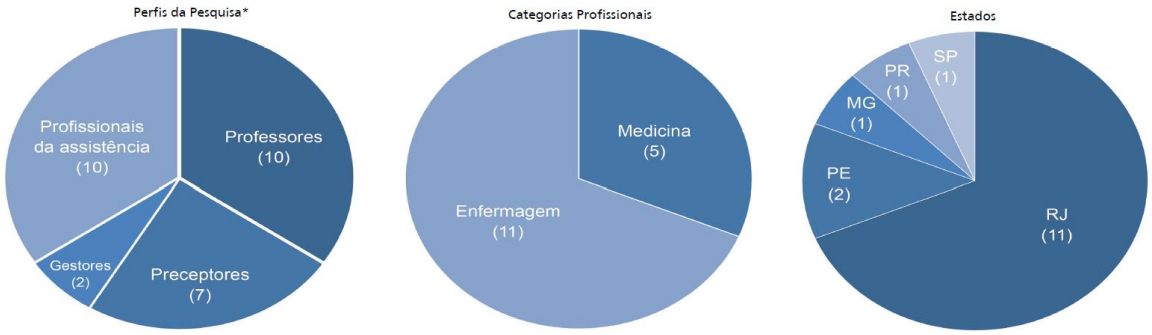


A busca baseou-se na técnica de amostragem por bola de neve, iniciando com profissionais previamente conhecidos pelas pesquisadoras por sua reconhecida expertise na área obstétrica e envolvimento na formação de residentes, porém sem vínculo de supervisão ou hierárquico que pudesse comprometer a liberdade de expressão nos grupos. Os contatos iniciais foram selecionados intencionalmente a partir das redes profissionais das pesquisadoras, incluindo docentes e preceptores com publicações na área e/ou experiência superior a cinco anos na formação de residentes em obstetrícia. Embora esta técnica seja apropriada para identificar participantes com perfis específicos, reconhecemos suas limitações, particularmente o potencial viés de homogeneidade da amostra e a influência das redes sociais das pesquisadoras na composição final dos grupos.

A identificação e busca dos especialistas iniciou em fevereiro de 2021, mapeando contatos das redes de relações profissionais. Identificaram-se 103 informantes estratégicos nas cinco macrorregiões brasileiras, contactados por telefone, e-mail e/ou WhatsApp, apresentando a pesquisa e solicitando indicações conforme os perfis definidos. A captação encerrou-se em agosto de 2021 com 16 profissionais (Figura 2) que confirmaram presença e receberam por e-mail a síntese do projeto e as credenciais das pesquisadoras, formulário sociodemográfico e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, condicionando a participação à sua aceitação expressa. O encerramento da captação amostral ocorreu por exaustão da rede, após seis meses de recrutamento, devido a rede de indicações não ser capaz de gerar novos contatos que atendessem aos perfis pré-definidos e estivessem disponíveis para participação. Ressaltamos que o número final de participantes foi tido como satisfatório, considerando o objetivo da pesquisa e a natureza do desenho metodológico.[13]

Figura 2

Perfil dos participantes.



* Os participantes podiam ter mais de um perfil.

RJ=Rio de Janeiro; PE=Pernambuco; MG=Minas Gerais; PR=Paraná; SP=São Paulo.

As consultas utilizaram a técnica de grupo focal[12] que busca promover interação entre participantes, induzindo discussões, questionamentos e reflexões sobre o tema. Os grupos foram conduzidos pela pesquisadora principal (enfermeira obstétrica com oito anos de atuação profissional e mestranda) e a orientadora (doutora e docente do programa de pós-graduação), que tomou notas de campo, e incluiu suporte de profissional técnico em informática para gerenciar o ambiente virtual. Os participantes dividiram-se em dois grupos reunidos em dias distintos via plataforma Zoom®, com duração de duas a três horas. O primeiro grupo teve cinco especialistas (todas enfermeiras) e o segundo, seis especialistas (três médicos e três enfermeiros), totalizando 11 participantes.

Dos 16 profissionais inicialmente recrutados, cinco não puderam participar dos grupos focais por incompatibilidades de agenda (n=3), compromissos profissionais emergenciais (n=1) e motivos pessoais não especificados (n=1). A análise do perfil dos participantes ausentes revelou que três eram médicos obstetras (dois preceptores e um coordenador de programa) e dois eram enfermeiros obstetras (um preceptor e um coordenador). Esta perda representou 31,25% da amostra inicial e resultou em composição final com predomínio de enfermeiros obstetras (8/11 - 72,7%), o que pode ter influenciado as discussões, conferindo maior ênfase às perspectivas da enfermagem obstétrica. Esta limitação foi considerada na análise e interpretação dos resultados.

A dinâmica consistiu em estimular reflexões e discussões sobre trabalho colaborativo no cenário obstétrico brasileiro. Foram apresentados trechos da literatura com sentenças disparadoras para que o diálogo se desse em torno dos conceitos de colaboração interprofissional. No decorrer dos grupos, as falas e diálogos emergiram livremente, sem haver intervenção das pesquisadoras.

Os áudios gravados na plataforma foram transcritos integral e manualmente submetidos à análise temática reflexiva.[14] O processo analítico seguiu as etapas: (1) familiarização com os dados mediante leituras repetidas das transcrições; (2) codificação inicial indutiva, identificando unidades de significado relevantes; (3) agrupamento dos códigos em temas preliminares; (4) revisão e refinamento dos temas através de triangulação entre as pesquisadoras; (5) definição e nomeação final das categorias temáticas; (6) produção do relatório analítico. A fidedignidade da análise foi assegurada através da codificação independente por ambas as pesquisadoras, seguida de reuniões para discussão e consenso sobre as categorias emergentes. Não foi realizado *member checking* (retorno das transcrições ou resultados aos participantes para validação), decisão justificada pelo caráter exploratório do estudo, que, nesta etapa, a captação das percepções iniciais dos especialistas sobre colaboração interprofissional sem buscar consenso ou validação coletiva dos achados. O conteúdo foi categorizado em cinco temáticas emergentes (Tabela 1).

Considerando que todos os participantes possuíam especialização em obstetrícia, e por haver sobreposição dos perfis da pesquisa, optou-se por identificar as falas dos participantes conforme sua categoria profissional, seguido da identificação do grupo focal que compuseram, sendo: Enfermeira – Grupo; Médico – Grupo. Esta codificação permite compreender o contexto da interação e as diferentes perspectivas conforme a posição ocupada na equipe multiprofissional.

Tabela 1

Categorias temáticas, códigos identificados e dinâmicas de interação observadas nos grupos focais.

Categoria Temática	Códigos Identificados	Dinâmicas de Interação Observadas
1. De quem é o parto? A mulher no centro do cuidado	Disputa territorial Propriedade do parto Protagonismo da mulher Relações de poder Autonomia corporal	**Grupo 1** Compartilhamento de experiências similares; Movimento de validação mútua das frustrações vivenciadas. **Grupo 2** Consenso crítico sobre intervencionismo; Busca diplomática por convergência; Evitação de confrontos diretos sobre as diferenças de conduta.
2. Os escopos de prática e continuidade do cuidado	Limites profissionais Desconhecimento mútuo Fragmentação assistencial Responsabilidade compartilhada Continuidade *versus.* transição	**Grupo 1** Validação mútua de frustrações sobre limites mal definidos; Ánalises críticas das estruturas institucionais; Narrativa coletiva sobre deslegitimação profissional. **Grupo 2** Autocrítica da categoria médica sobre a fragmentação do cuidado; Construção conjunta de soluções quando há espaço seguro para o diálogo.
3. Conhecimento em favor da confiança: evidências científicas	Prática baseada em evidências Capital cultural Hierarquia do conhecimento Protocolos compartilhados Atualização científica	**Grupo 1** Compartilhamento de experiências similares de acesso limitado à literatura científica durante a formação; Crítica ao modelo hierárquico da equipe multiprofissional. **Grupo 2** Reconhecimento coletivo das assimetrias de conhecimento sobre as práticas uns dos outros,

4. Comunicação e aspectos da formação	Formação isolada Convívio interprofissional Identidade e *ethos* profissional Resistência à colaboração	**Grupo 1** Análise crítica sobre a perpetuação de preconceitos na formação médica. **Grupo 2** Tensão na discussão sobre resistências médicas com escolha cuidadosa de palavras; Constrangimento da categoria médica ao reconhecer as dificuldades de integração; Acolhimento da categoria de enfermagem de forma empática, diálogo franco e respeitoso.
5. Relações iguais entre atores desiguais: autonomia, liderança e decisão compartilhada	Hierarquias profissionais Desigualdades estruturais Autonomia *versus* Subordinação Liderança compartilhada Empoderamento feminino	**Grupo 1** Discussão focada em desigualdades estruturais e da formação e crítica a relações hierárquicas. **Grupo 2** Concordância de participantes de ambas as categorias sobre desigualdades socioeconômicas Visão otimista sobre mudanças futuras; Protagonismo feminino como fator de convergência entre as categorias profissionais.

Fonte: autoras, 2025.

Resultados e Discussão

De quem é o parto? A mulher no centro do cuidado

Em ambos os grupos, os participantes compreendem que a assistência voltada às necessidades da mulher, construída através de uma relação horizontal, baseada no reconhecimento do direito a autonomia corporal e a participação ativa como um valor que deve nortear a prática no cenário obstétrico, o que é corroborado por diversos autores.[7,9,15-17] Ao mencionarem as dificuldades que permeiam esse processo, os participantes apontaram a dificuldade do profissional em reconhecer a mulher como figura central do cuidado, visto que historicamente esta relação é concebida de forma vertical, tendo o profissional em posição superior, como condutor do processo. Frases que envolvem a ideia de propriedade do parto são frequentes nesses cenários e revelam questões intrínsecas às relações de poder, articuladas por diversas hierarquias, como as de gênero, raça e classe social, e a disputa entre categorias profissionais pelo campo obstétrico.[18]

> *"[...] discute-se quem e o que vai fazer. Importante focar em como vamos fazer e pra quem vamos fazer"* (Médico - Grupo 2)
> *"[...] fica dando a ideia, na perspectiva temporal, de agora é minha, agora não é minha, agora está comigo, agora não está comigo"* (Enfermeiro - Grupo 2)

A dicotomia existente entre as práticas médicas e da enfermagem no campo obstétrico também emergiu como um dos elementos que geram disputas e negociações no cenário de parto e que, à medida em que contribuem para priorizar os conflitos entre os profissionais em detrimento das necessidades da mulher acabam por não reconhecê-la ou destituí-la da posição de protagonismo em que deveria estar. As crenças e os valores que ambas as categorias atribuem ao parto apresentam divergências importantes e são inerentes ao próprio processo de formação: enquanto médicos são qualificados para lidar com situações de complicações e risco perinatal, e portanto percebem o parto como um evento potencialmente perigoso, que demanda intervenções a fim de controlar possíveis imprevistos, enfermeiras obstétricas tem sua formação voltada para assistência a pouco ou nenhum risco, e assim, entendem o parto como um processo fisiológico que necessita pouca ou nenhuma intervenção, onde a autonomia e o protagonismo das mulheres devem ser estimulados.[18,19] A própria forma como os profissionais nomeiam a sua assistência ao parto é um importante sinal dessa diferença: o médico 'faz' ou 'conduz' o parto, enquanto a enfermeira o 'assiste' (neste caso, quem faz o parto é a parturiente)[18] (p.71).

Esta disputa por território no campo obstétrico está fortemente vinculada ao ethos profissional - conjunto de características e tradições construído ao longo de um complexo processo de legitimação social, que permitem ao indivíduo se reconhecer e ser reconhecido como pertencente àquela comunidade profissional - de cada categoria, além de envolver questões econômicas,

políticas, estruturais e institucionais.[18] Propor um modelo de assistência ao parto que transfere o protagonismo do processo para a mulher, significa, promover uma profunda mudança de crenças e valores a respeito do processo de nascimento tanto para profissionais envolvidos na assistência ao trabalho de parto e parto quanto para as parturientes.[15,18] Os participantes observaram que, embora a mudança no modelo de assistência venha sendo fortemente impulsionada por um movimento das próprias mulheres que passaram a buscar o conhecimento e reivindicar a dignidade na assistência, essa não é a realidade predominante, dado que muitas delas ainda têm dificuldade em questionar o profissional e as condutas adotadas. Isto poderia ser atribuído a falta de autonomia que essas mulheres têm de si mesmas em suas vivências cotidianas, relacionada ao contexto social misógino que historicamente cerceia sua liberdade sexual e direitos reprodutivos, além da lacuna de conhecimento a respeito do processo de parto e das boas práticas obstétricas. Para alguns profissionais, as mulheres que passam a acessar, compreender e articular esse conhecimento, sendo capazes de se impor e fazer prevalecer a sua vontade tendem a tornar-se um inconveniente, sendo até punidas por esse comportamento.

> *"[...] tive um parto normal cheio de intervenções e questionei todas. E paguei o preço por esses questionamentos"* (Enfermeira - Grupo 1)

Essa ideia de relação de poder entre profissional de saúde e paciente é observada em Foucault[20] ao analisar o conhecimento utilizado pelo médico como um instrumento de controle do corpo do paciente e de apropriação de sua autonomia, fenômeno sedimentado na medicina moderna e que parece estar tão enraizado no imaginário popular produzindo a crença de que o profissional é o único detentor do conhecimento, sendo este inalcançável ao paciente. Esse hiato na comunicação entre profissional e parturiente gera a crença nas intervenções como sinônimo de boa prática obstétrica em qualquer circunstância, sendo a falta delas considerada privação ou precariedade de assistência, associada a ideia de que mulheres pertencentes a uma classe socioeconômica inferior não possuem o direito ao consumo de determinados tipos de tecnologias.[18]

Para Agreli *et al*.,[17] o sucesso das condutas terapêuticas está relacionado a construção de um vínculo de confiança entre profissionais e usuários, estando o grau de envolvimento e participação dos pacientes no cuidado relacionado ao quanto se sentem confortáveis para questionar a autoridade profissional. Esta afirmativa vai ao encontro do que pensam os participantes ao considerar que profissionais com postura impositiva, pouco claros quanto as condutas adotadas e que desconsideram as necessidades da mulher, dificilmente construirão esse vínculo.

Transmitir informações com linguagem acessível e respeitosa, exercitar a escuta ativa, entendendo as necessidades da mulher para além do que ela verbaliza, compreender sentimentos que estão implícitos em seu comportamento, e que podem facilitar ou dificultar o processo de cuidado, são algumas das características de um comportamento que os participantes nomearam de 'estar disponível' para a mulher, que deve ser reconhecida como principal interessada no processo. Ao deslocar o olhar de si mesmo, o profissional é capaz de ver que a assistência demanda uma articulação de saberes que só é possível à partir da prática compartilhada.

Os escopos de prática e a continuidade do cuidado

A clareza de papéis e responsabilidades é descrita por diversos autores[9,15,16,21–23] como um dos conceitos fundamentais para promoção da prática interprofissional colaborativa e da EIP. Ela ocorre quando os alunos/profissionais entendem seu próprio papel e os papéis dos outros e usam esse conhecimento de maneira apropriada para estabelecer e atingir os objetivos do paciente, família e comunidade.[9]

Ao abordarem o tema, alguns participantes apontaram o desconhecimento do escopo de prática da outra categoria como um fator que gera desconfiança e limita a comunicação entre os profissionais. Uma das participantes relata sua percepção:

> *"[...] nesse processo de introdução da enfermeira obstétrica o que a gente mais percebia era o desconhecimento da equipe médica sobre as competências da enfermeira. Sobre o que ela podia fazer, até onde ela podia ir..."* (Enfermeira - Grupo 1)

Segundo Waldman *et al*.[22] o escopo de prática refere-se aos limites legalmente permitidos do profissional de saúde na prática conforme definido por estatuto, regulamento e diretriz educacional. Em um cenário em que profissionais de diferentes categorias atuam juntos compartilhando funções em comum, o desconhecimento do escopo de prática do outro tende a gerar dúvidas sobre quem deve ou pode realizar determinadas ações. A ideia de que o profissional médico teria que supostamente 'consertar' o que a enfermeira obstétrica fizesse de errado é comum na prática e advém da desconfiança entre os profissionais e do desconhecimento dos limites de atuação de cada um, como exemplifica umas das participantes:

> *"[...] eles diziam: 'agora que tá dando ruim você está me chamando' mas não é, uma das primeiras ações para atuar numa distócia era chamar ajuda, que seria chamar o profissional médico, como o Coren descreve [...]"* (Enfermeira - Grupo 2)

Estes ruídos na comunicação geram consequências diretas para a mulher que está sendo acompanhada, comprometendo a continuidade do cuidado. Um estudo que buscou analisar a qualidade e segurança na assistência obstétrica identificou a falha na comunicação, inexistência de interação multidisciplinar, medo e receio de provocar conflito e a coexistência pouco harmonizada de modelos de atenção obstétrica distintos como indicadores de uma assistência insegura.[24] A continuidade da assistência depende não só de uma comunicação efetiva, mas também do estabelecimento de confiança, objetivos comuns e foco na mulher.[25] Para os participantes, esse é um ponto crucial da prática colaborativa e divide opiniões. Enquanto alguns acreditam que conhecer o escopo de prática é fundamental para que haja confiança mútua, outros defendem que o estabelecimento de funções muito bem definidas e "engessadas" (Enfermeiro - grupo 1) podem gerar conflitos a medida em que alguns profissionais se limitam a atuar somente dentro do seu escopo de prática, provocando a fragmentação do cuidado, ou mesmo se eximam da responsabilidade sobre determinadas ações, uma vez que há outro profissional sendo responsável pela assistência. Esta divergência de opiniões entre os participantes evidencia a complexidade da questão e a ausência de consenso sobre os limites ideais de atuação no modelo colaborativo. Além disso, o fato de não haver uma assistência conjunta durante todo o período da assistência prejudica a confiança da mulher no profissional e na equipe e reflete a deslegitimação da mulher como centro do cuidado:

> *"[...]a maior parte do acompanhamento de trabalho de parto, tanto do risco habitual quanto do alto risco nos locais em que eu trabalhava era feito pela enfermagem obstétrica. Quando chegasse a dilatação total e fosse alto risco tinha que passar pra equipe médica. Não tinha uma assistência conjunta durante todo o trabalho de parto e isso dificultava muito na confiança dessa mulher. Porque ela passava um período inteiro com um profissional e de repente, […], entrava um outro profissional e aqueles que estavam com ela saíam de cena"* (Enfermeira - grupo 2)

Em um modelo colaborativo, é importante compreender que todos os profissionais fazem parte da assistência de modo contínuo, independentemente da gravidade do quadro e da complexidade das ações, estando a mulher sob responsabilidade da equipe e não de um profissional específico em um recorte de tempo. Organizar processos de trabalho onde houvessem mais encontros, desde o acolhimento, de modo conjunto, compartilhando a responsabilidade e o processo decisório, permitiria uma assistência integral e, portanto, não haveria a necessidade de transferir o cuidado.

Ao descrever o cenário obstétrico em que atua, umas das participantes relata que a comunicação ocorre de forma efetiva, o que gera respeito e confiança entre a equipe. Ainda que nem todos os profissionais estejam presentes no mesmo espaço ou participem de todos os processos, todos estão cientes do quadro da mulher durante todo o período, de modo que em uma situação de evolução desfavorável, não há transição do cuidado e sim continuidade.

> *"[...] se nós precisamos de repente passar esse caso para o [médico] plantonista, e ela evoluir de uma maneira que não for mais favorável [...] não existe nenhum tipo de discussão, como por exemplo 'você avisou tarde demais'. Isso nem é colocado dentro da comunicação porque já existe uma confiança no nosso trabalho"* (Enfermeira - Grupo 2)

Para Rossit *et al*.,[26] delimitar seu campo de atuação não significa demarcar território de maneira autoritária e competitiva; pelo contrário, significa reconhecer seus limites frente às demandas específicas do paciente e, ao perceber a necessidade de complementariedade, saber o momento exato de solicitar a colaboração.

Conhecimento em favor da confiança: o lugar das evidências científicas

Para os participantes, a confiança é um componente essencial para a colaboração e, ao serem questionados sobre quais elementos os levam a confiar em outro profissional no ambiente de trabalho, frequentemente a construção de confiança foi associada a prática baseada em evidências científicas. O conhecimento foi apontado como um potencial produtor de conflito no cenário obstétrico, mas quando bem articulado, com o objetivo de construir confiança e boa comunicação, funciona como um facilitador das práticas colaborativas. Foi percebido que o distanciamento entre as diferentes categorias é aprofundado pelo abismo do acesso ao conhecimento.

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

Durante muito tempo a formação da enfermagem esteve atrelada ao conhecimento e experiência do médico, sobretudo em especialidades, de modo que o conhecimento proveniente da prática médica era sistematizado em publicações que se tornavam referência para o campo como um todo. Somente a partir da década de 1990, passou a ser amplamente difundido o conceito de prática baseada em evidências,[27] embora no campo obstétrico, a ideia já tivesse sido introduzida em publicação da OMS de 1985, que desencorajava a prática de alguns procedimentos por não haver evidência de que fossem benéficos ou necessários.[27] O conhecimento enquanto capital cultural foi teorizado por Bourdieu[28] ao descrever como os sujeitos se posicionam na estrutura de uma relação de acordo com o volume e qualidade de capital que detém e como isso pode ocasionar disputas entre diferentes campos. De acordo com os participantes, existe entre as categorias de medicina e enfermagem um afastamento relacionado a maneira como o conhecimento é expandido e operado nas duas categorias. A formação da enfermagem, ao sofrer influências da formação médica, resulta em um processo de cuidado estruturado a partir do diagnóstico patológico e consequentemente coloca o profissional médico em uma posição hierarquicamente superior.

> *"[...] quais são os médicos que sabem falar de diagnóstico de enfermagem do mesmo jeito que as enfermeiras, em alguma medida, conseguem dialogar sobre o diagnóstico patológico, do médico?"* (Médico - Grupo 2)

Parece haver uma necessidade da enfermagem em apropriar-se do conhecimento médico, o que não ocorre na via oposta, e reflete na confiança entre esses dois profissionais, dando a percepção de que a enfermeira tem sua prática desqualificada e precisa estar sempre 'provando' para os demais profissionais da equipe que é capaz de atuar no que lhe compete e para isso precisa demonstrar um grau de conhecimento que vai além do seu escopo de prática. Esse comportamento foi descrito por King *et al*.[29] ao notar que alunos de medicina raramente são apresentados às funções de outros membros das equipes de saúde, enquanto alunas de enfermagem obstétrica tendem a demonstrar conhecimento do papel do médico obstetra, embora a exposição formal às culturas profissionais de outras disciplinas de saúde não faça tradicionalmente parte dos currículos de formação dessas categorias.

No campo obstétrico, o corpo de conhecimentos não é exclusivo do médico, uma vez que a enfermeira obstétrica foi introduzida no cenário e passa a compartilhar desse saber formal.[18] Enquanto a formação médica historicamente foi pautada nas experiências pessoais, na autoridade dos indivíduos, no tradicionalismo da profissão,[18] a formação da enfermeira obstétrica parte da necessidade de romper com a prática intervencionista até então hegemônica, de modo que a prática baseada em evidências científicas está intrínseca a sua formação.[30] Atualmente, o acesso às evidências científicas em obstetrícia não se restringe a categorias e é recomendável que sejam adotadas por todos os profissionais do campo obstétrico.

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

> *"[...] alguns enfermeiros tem uma certa dificuldade em trabalhar com o médico também, porque vai achar que aquele médico sempre vai trabalhar de forma diferente daquilo que ele acredita como certo.[...]"* (Enfermeira - Grupo 1)

Ao relatar sua experiência em uma maternidade em que, em sua opinião, a colaboração interprofissional ocorre de modo efetivo, uma das participantes explica que os protocolos de assistência estão em constante processo de construção a partir da publicação de novas evidências. Esta exigência de atualização constante parece operar de modo a evitar que haja lacuna de conhecimento entre os profissionais. A instituição de protocolos e *guidelines* desenvolvidos interprofissionalmente demonstraram reduzir danos ao paciente, uma vez que padronizam ações e aprimoram a comunicação. A existência de um objetivo comum claramente articulado não é suficiente se há, entre os profissionais, opiniões distintas sobre como atingir esse objetivo. As evidências científicas nesse contexto seriam um instrumento capaz de uniformizar a prática, tornar a comunicação horizontal e alinhar condutas facilitando a tomada de decisão compartilhada, o que representa segurança e confiança mútua tanto para profissionais quanto para as parturientes.

Embora haja um consenso mundial acerca dos resultados produzidos pela prática obstétrica baseada em evidências, essa ainda não é uma realidade em diversas regiões brasileiras conforme os resultados do inquérito Nascer no Brasil.[5] Inúmeros fatores podem ser elencados como barreiras para a implementação da prática baseada em evidências, entre eles, aspectos comportamentais que incluem pouca familiaridade com o universo científico, o que limita a compreensão dos métodos de pesquisa e a interpretação dos resultados, além da resistência de alguns profissionais.[18,27]

Comunicação e aspectos da formação

O convívio com o outro também foi apontado pelos participantes como importante para a construção da confiança e da boa comunicação entre profissionais e relataram a dificuldade de relacionamento existente entre as categorias estudadas.

> *"[...]o problema é que as enfermeiras obstétricas quando entraram na linha de cuidado para a assistência conjunta, não foi apresentado como isso funcionaria, muitas vezes a gente cai de paraquedas, [...]eu entro num plantão que eu não conheço a minha enfermeira, ela tá num plantão que não me conhece[...]"* (Médica - Grupo 2)

Os participantes acreditam que é a partir do convívio com o outro que ocorrem as trocas de conhecimento e experiências, a fluidez de comunicação, a valorização das habilidades e consequentemente a construção de confiança. Esses atributos seriam capazes de caracterizar profissionais de diferentes categorias enquanto equipe e direcioná-los para uma prática colaborativa. Importante destacar o que foi apontado por um dos participantes, ao constatar que profissionais de uma mesma categoria, mesmo não se conhecendo e não tendo tido convívio anterior, ao serem reunidos em um mesmo ambiente de trabalho, parecem ter maior facilidade em trabalhar de forma colaborativa e isso possivelmente se deve a ambiência da formação já denotar uma afinidade entre esses profissionais. São profissionais que já esperam encontrar alguma similaridade de conhecimentos e valores transmitidos durante o processo de formação, ao passo que, ao se depararem com um profissional de outra categoria em uma equipe multidisciplinar, o desconhecimento de como se deu esse processo de formação implica em uma imediata desconfiança. Esse apontamento se relaciona com o processo de construção do *ethos* e da identidade profissional das categorias e ressalta a pertinência de se propor mudanças na formação a partir da EIP.[26]

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

> *"[...]eles [médicos] saíram, escreveram uma carta dizendo da dificuldade em ter outro profissional pra dividir a assistência, que eles não queriam estar num local em que a assistência fosse dividida [...]."* (Enfermeira - Grupo 2)

Este fato reflete o quanto a formação em saúde ainda é individualizada e leva os profissionais a se isolarem em núcleos, além de indicar a perpetuação dessa prática entre preceptores e alunos, que um dia possivelmente estarão também na posição de preceptores, contribuindo para a manutenção da estrutura disfuncional das relações.

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

Os participantes pontuaram a autonomia como algo a ser valorizado, mas também como um fator que dificulta as relações conforme a enfermeira obstétrica amplia sua autonomia e o médico obstetra considera este movimento como uma perda de espaço e hegemonia. Para Maia,[18] "a perda da autonomia liberal está no cerne da maior parte das discussões sobre a mudança contemporânea no trabalho e no *ethos* médico" (p.168) e ressalta que autonomia liberal não é sinônimo de boa assistência uma vez que não existe autonomia plena. Quanto mais autonomia o profissional médico detiver, maior será a chance de haver uma prática intervencionista, uma vez que tende a manter controle sobre a imprevisibilidade dos eventos do trabalho de parto e sua duração. A enfermeira obstétrica, por sua vez, tem a autonomia limitada, pelo risco, ainda que mínimo, de um intercorrência durante o trabalho de parto de risco habitual que demande uma intervenção médica.[18]

Ao problematizar a questão da autonomia na prática colaborativa em saúde, D'Amour[7] refere que mesmo havendo um desejo dos profissionais em atuarem em conjunto com um objetivo comum, paralelamente existe uma necessidade enquanto categoria de preservar algum grau de autonomia que se sobrepõe. Com a introdução da enfermeira obstétrica, o parto deixa de ser um evento individualizado, onde o médico detém total autonomia, para ser compartilhado, com uma categoria que histórica e culturalmente ocupa posição de subordinação.[18]

Os participantes mencionaram o que chamaram de um "vício primário" em acreditar que uns não devem questionar os outros, o que estaria relacionado a existência de uma estrutura hierárquica nas relações de profissionais entre si e entre profissionais e as mulheres.

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

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

> *"[...]quando a gente olha aquelas mulheres que chegam no parto, que estudaram, que se prepararam, que sabem o que querem e o que não querem e dizem isso, o profissional na primeira, na segunda, na terceira vez fica assustado, mas de repente ele nota: ela ta escolhendo, tá se apropriando[...] então, a partir do acesso ao conhecimento pelas mulheres, as equipes vão ter que se transformar também[...]"* (Médica - Grupo 2)

Outros elementos produtores de desigualdades entre as categorias foram observados pelos participantes e passam pelo campo da valorização, da liderança e da tomada de decisões. Smith[16] e Baquião *et al*.[3] acreditam que a prática colaborativa é atravessada por fatores culturais, sociais, políticos e econômicos. No cenário brasileiro, esses fatores incluem desigualdades ressaltadas pelo modelo capitalista neoliberal, que prioriza o capital e o lucro, e tem cada vez mais predominado no contexto do trabalho em saúde. Estas desigualdades tendem a estabelecer uma relação hierárquica entre medicina e enfermagem como por exemplo, o número incipiente de enfermeiras obstétricas para integrar as equipes interprofissionais e a desvalorização econômica, social e profissional da enfermagem obstétrica expressa pela disparidade entre a remuneração e condições laborais das duas categorias.

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

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

A liderança e a tomada de decisão são frequentemente reivindicadas pelo profissional médico sob os argumentos de que seu período de formação é superior e a imagem de poder e resolutividade que o senso comum associa a medicina.[18] Contudo, ao mesmo tempo em que o médico deseja estar na posição de liderança, parece ter dificuldade em correponsabilizar-se por parturientes que estejam sendo acompanhadas por enfermeiras obstétricas em casos de intercorrência que demande a presença do médico ou da transição do risco habitual para o alto risco, conforme observado pelos participantes através da expressão "agora que tá dando ruim você me chama" (Enfermeiro – Grupo 2), frequentemente proferida por médicos ao serem solicitados por enfermeiras obstétricas durante o acompanhamento da assistência.

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

Dinâmicas de Interação e suas Implicações para a Prática Colaborativa

A análise comparativa das dinâmicas de interação entre os grupos revelou padrões distintos que influenciaram o conteúdo e a profundidade das discussões sobre colaboração interprofissional (Tabela 1). No Grupo 1, composto exclusivamente por enfermeiras obstétricas, observou-se maior espontaneidade na verbalização de frustrações relacionadas às hierarquias profissionais, com narrativas coletivas críticas sobre deslegitimação profissional e disputas territoriais, a exemplo da enfermeira que se sentiu segura em compartilhar sua experiência enquanto parturiente, tendo sido atendida por uma equipe composta por médicos. As participantes construíram consensos rapidamente e validaram mutuamente experiências de subordinação profissional, o que permitiu explorar com maior profundidade as assimetrias de poder no cenário obstétrico e elencar desafios.

Em contraste, o Grupo 2, de composição mista, caracterizou-se pela busca diplomática por convergências,

com discussões sobre propriedade do parto e protagonismo da mulher enquadradas em termos de filosofias de cuidado e identidade profissional. Inicialmente neste grupo, ambas as categorias evitaram nomear comportamentos conflituosos por parte da categoria oposta, ora realizando autocríticas, ora se referindo a atitudes problemáticas comuns a ambas a categorias. Passado o momento de discussões iniciais e de reconhecimento mútuo, observou-se um certo distensionamento dos participantes, o que abriu espaço para falas menos ponderadas, sobretudo por parte dos enfermeiros, como "agora que tá dando ruim você me chama" para exemplificar uma atitude desrespeitosa por pare de médicos. Isso produziu certo constrangimento e falas de autocrítica da categoria médica sobre fragmentação do cuidado, cultura advinda da formação médica e relações subalternizadas. Os códigos que geraram discussões mais acirradas neste grupo foram: convívio interprofissional, identidade e *ethos* profissional e resistência à colaboração. Entretanto, a presença simultânea de médicos e enfermeiros moderou a intensidade das críticas de modo geral. Discussões sobre desigualdades salariais e disputas pelo campo obstétrico, quando abordadas, foram enquadradas em termos estruturais e sistêmicos, com escolha cuidadosa de palavras para preservar o diálogo respeitoso.

O reconhecimento e validação mútua observados no grupo 1, e a diplomacia observada no grupo 2, sugerem que espaços homogêneos por categoria podem ser necessários para que determinadas questões sensíveis emerjam com maior franqueza, enquanto espaços mistos favorecem a autocrítica e a construção colaborativa de soluções práticas. Tal constatação tem implicações diretas para o desenho de estratégias de educação interprofissional: programas de formação podem se beneficiar da alternância entre momentos de reflexão intragrupo (por categoria profissional) e momentos de diálogo intergrupo, permitindo que cada categoria elabore suas perspectivas antes de negociá-las coletivamente.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A realização da pesquisa durante o período de isolamento social decorrente da pandemia de COVID-19 influenciou significativamente o processo de coleta de dados. O contexto pandêmico limitou a disponibilidade dos profissionais de saúde, sobrecarregados com demandas assistenciais emergenciais, e pode ter contribuído para a elevada taxa de ausências nos grupos focais. Adicionalmente, a necessidade de realização dos grupos em ambiente virtual, embora tenha possibilitado a participação de profissionais de diferentes regiões geográficas, pode ter influenciado a espontaneidade das interações e limitado a captura de nuances comunicacionais não-verbais relevantes para a análise das dinâmicas grupais.

A técnica de amostragem por bola de neve, iniciada a partir das redes profissionais das pesquisadoras, pode ter favorecido a participação de profissionais com perfis similares e perspectivas convergentes sobre educação interprofissional, limitando a diversidade de opiniões e experiências representadas. A perda de cinco participantes, com predomínio de médicos obstetras, resultou em composição final com 72,7% de enfermeiros obstétricos (8/11), o que pode ter conferido maior ênfase às perspectivas da enfermagem obstétrica. Este desequilíbrio reflete possivelmente uma maior indisposição da categoria médica em participar de discussões sobre interprofissionalidade, fenômeno documentado na literatura que aponta resistências históricas dos médicos à colaboração interprofissional.[31] Tal resistência pode estar relacionada ao modelo formativo tradicional da medicina, que historicamente enfatiza a autonomia individual e o protagonismo médico, gerando desconforto em discussões que questionem hierarquias estabelecidas.[31]

Considerações finais

O modelo colaborativo convida ambas as categorias a superarem a individualização das práticas e a implementação da EIP como estratégia para promover a colaboração interprofissional no campo obstétrico surge em consonância com o movimento internacional que já vem ocorrendo nesta direção. Contudo, os mesmos resultados que nos permitiram percorrer o caminho para o desenvolvimento de competências colaborativas para a formação interprofissional de residentes em obstetrícia, revelaram a necessidade de ampliar o debate acerca de questões relacionadas a cultura das relações profissionais entre medicina e enfermagem a partir das particularidades do cenário obstétrico brasileiro.

As reflexões suscitadas por esta pesquisa reforçam a educação interprofissional como estratégia fundamental para promover o modelo colaborativo de assistência obstétrica, revelando-se um processo complexo que demanda intervenções em múltiplos âmbitos. Recomenda-se a implementação de currículos interprofissionais nos programas de residência em obstetrícia, com atividades conjuntas; o desenvolvimento de protocolos assistenciais construídos colaborativamente entre as equipes; o estabelecimento de espaços regulares de discussão de casos com a presença de médicos e enfermeiros obstetras; a capacitação de preceptores para facilitação de práticas colaborativas; e a revisão de políticas públicas e institucionais que perpetuam hierarquia e assimetrias entre as categorias.

Contribuição dos autores

Silva DM e Mendes CHF: concepção do projeto, execução, análise e interpretação dos dados; Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;

Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesses.

Disponibilidade de dados

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Referências

1. Downe S, Finlayson K, Fleming A. Creating a collaborative culture in maternity care. J Midwifery Womens Health. 2010; 55 (3): 250-4. Doi:10.1016/j.jmwh.2010.01.004
2. Madisa M, Filmalter CJ, Heyns T. Healthcare professionals and pregnant and post-natal women's perceptions of interprofessional collaboration in a maternity care facility: A qualitative study from Botswana. Midwifery. 2023 Out; 125: 103768. Doi:10.1016/j.midw.2023.103768
3. Baquião APSS, Almeida BC, Silva LGR, Peres RS, Grincenkov FRS. Educação Interprofissional em Saúde: Revisão Integrativa da Literatura Brasileira (2008-2018). Rev Psicol Saúde. 2020; 112 (4): 125-39. https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1275
4. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. Rev Saúde Pública. 2014; 48 (2): 304-13. https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004633
5. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saúde Pública. 2014; 30: S85–100. https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013
6. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2018 Jul; 22 (Supl. 1): 1325-37. https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0186
7. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care. 2005; 19 (Supl. 1): 116-31. doi: 10.1080/13561820500082529
8. Organização Mundial da Saúde (OMS). Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Genebra: OMS; 2010. [Internet]. [acesso em 2020 Abr 26]. 62 p. Disponível em: https://untref.edu.ar/uploads/Marco%20formacion%20interprofesional%20OMS-portugues.pdf
9. Interprofessional Education Collaborative (IPEC). IPEC Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Version 3. Washington: IPEC; 2023.
10. Fonsêca RM. Educação Interprofissional em Saúde e o Desenvolvimento de Competências Colaborativas na Formação em Enfermagem e Medicina [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018.
11. Pinheiro J, Farias T, Abe Lima J. Painel de Especialistas e Estratégia Multimétodos: Reflexões, Exemplos, Perspectivas. Psico. 2013; 44 (2): 184-92.
12. Kitzinger J. Grupos Focais. In: Pope C, Mays N (org). Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009.
13. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas. 2014; 22 (44): 203-20. DOI 10.20396/temáticas.v22i44.10977
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006; 3 (2): 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
15. Avery MD, Jennings JC, Germano E, Andrighetti T, Autry AM, Dau KQ, et al. Interprofessional Education Between Midwifery Students and Obstetrics and Gynecology Residents: An American College of Nurse-Midwives and American College of Obstetricians and Gynecologists Collaboration. J Midwifery Womens Health. 2020; 65 (2): 257-64. doi: 10.1111/jmwh.13057
16. Smith DC. Midwife-Physician Collaboration: A Conceptual Framework for Interprofessional Collaborative Practice. J Midwifery Womens Health. 2015; 60 (2): 128-39. doi: 10.1111/jmwh.12204
17. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. Interface Com Saúde Educ. 2016; 20 (59): 905-16. https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511
18. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2010. 189 p.
19. Romijn A, Teunissen PW, De Bruijne MC, Wagner C, De Groot CJM. Interprofessional collaboration among care professionals in obstetrical care: are perceptions aligned? BMJ Qual Saf. 2018; 27 (4): 279-86. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006401
20. Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Foucault M (org). Microfísica do poder. 25ª ed. São Paulo: Graal; 2012. p. 143-70.

21. Allen B, Schiller JH, Roberts SJ, Allen SG, Morgan HK, Malone A. Collaboration in interprofessional teams: A needs assessment of factors that impact new resident physicians. J Interprof Care. 2023; 37 (3): 392-9. doi: 10.1080/13561820.2022.2094902

22. Waldman R, Kennedy HP, Kendig S. Collaboration in Maternity Care: Possibilities and Challenges. Obstet Gynecol Clin North Am. 2012; 39 (3): 435-44. http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2012.05.011

23. Chang Pecci C, Mottl-Santiago J, Culpepper L, Heffner L, McMahan T, Lee-Parritz A. The Birth of a Collaborative Model. Obstetricians, Midwives, and Family Physicians. Obstet Gynecol Clin North Am. 2012; 39 (3): 323-34. http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2012.05.001

24. Reis Neves IA, Maia MCW, Do Canto DF, Souza VS, Santarém MD, Oliveira JLC. Qualidade e segurança na assistência obstétrica: revisão integrativa da literatura. Rev Enferm UFPE line. 2021 Mar; 15 (1). DOI: 10.5205/1981-8963.2021.245809.

25. Janssens O, Haerens L, Valcke M, Embo M, Debacker J, Van Hecke A, et al. The development of a research-based interprofessional communication behaviors repository in healthcare education: A systematic review. J Interprof Care. 2024; 38 (5): 918-35. doi: 10.1080/13561820.2024.2372017

26. Rossit RAS, Freitas MAO, Batista SHSS, Batista NA. Construção da identidade profissional na educação interprofissional em saúde: percepção de egressos. Interface Com Saúde Educ. 2018; 22 (Supl. 1): 1399-410. https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0184

27. Côrtes CT, Oliveira SMJV, Santos RCS, Francisco AA, Riesco MLG, Shimoda GT. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. Rev Latino-Am Enfermagem. 2018; 26: e2988. https://doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988

28. Thiry-Cherques HR. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. Rev Adm Pública. 2006; 40 (1): 27-53. https://doi.org/10.1590/S0034-76122006000100003

29. King TL, Laros Jr RK, Parer JT. Interprofessional Collaborative Practice in Obstetrics and Midwifery. Obstet Gynecol Clin North Am. 2012; 39 (3): 411-22. http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2012.05.009

30. Silva GF, Moura MAV, Martinez PA, Souza ÍEO, Queiroz ABA, Pereira ALF. A formação na modalidade residência em enfermagem obstétrica: uma análise hermenêutico-dialética. Esc Anna Nery. 2020; 24 (4): e20190387. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0387

31. Baker L, Egan-Lee E, Martimianakis MAT, Reeves S. Relationships of power: implications for interprofessional education. J Interprof Care. 2011; 25 (2): 98-104. doi: 10.3109/13561820.2010.505350

Recebido em 28 de Julho de 2025
Versão final apresentada em 2 de Março de 2026
Aprovado em 23 de Março de 2026

Editora Associada: Aline Brilhante