



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COORDENADORIA DO CURSO DE MEDICINA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTÁGIO CURRICULAR  
INTERNACIONAL: VIVÊNCIA DE UMA ESTUDANTE DE MEDICINA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (BRASIL) EM  
MATERNIDADE PORTUGUESA NO SERVIÇO DE GINECOLOGIA E  
OBSTETRÍCIA**

Catarina Lucena Kreppel Paes  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Roxana Knobel

Florianópolis, SC  
2019

**CATARINA LUCENA KREPPPEL PAES**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTÁGIO CURRICULAR INTERNACIONAL:  
VIVÊNCIA DE UMA ESTUDANTE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA (BRASIL) EM MATERNIDADE PORTUGUESA NO  
SERVIÇO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade Federal de  
Santa Catarina – UFSC, como requisito  
para conclusão do curso de medicina.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Roxana Knobel

Florianópolis, SC  
2019

## **Dedicatória**

Dedico esse TCC a todos que me auxiliaram nessa jornada. Professores, orientadores e, sobretudo, a minha família que sempre me ensinou e incentivou a fazer aquilo que se ama de forma justa e correta.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço minha orientadora, Dra. Professora Roxana Knobel, que auxiliou e orientou de maneira decisiva esse trabalho. Ao Dr. Professor Hugo por me auxiliar, também, a concretizar essa etapa.

Agradeço imensamente a minha família por sempre me incentivar e demonstrar o caminho certo a se seguir, por meio de trabalho e dedicação à profissão que se escolhe.

Aos meus amigos e a meu namorado, que auxiliaram e tornaram essa jornada um pouco menos dura.

Agradeço a Universidade Federal de Santa Catarina, por me proporcionar uma educação de qualidade e um ambiente acadêmico extremamente diversificado e democrático. Capaz de expandir minhas limitadas visões de mundo e vida. E que, sem a menor dúvida, me tornou um ser humano, uma cidadã e uma (futura) médica muito melhor.

Ao Sistema Único de Saúde, que apesar das falhas e ineficiências, diariamente nos reafirma a importância de se lutar por um sistema de saúde público, global e de qualidade.

Aos médicos e professores que fizeram parte da minha formação até aqui. Os quais me incentivaram, guiaram e ensinaram, deixo, também, meus agradecimentos.

E por fim, a todos os pacientes que se doaram em um momento de fraqueza e fragilidade e que me ensinaram um pouco sobre medicina, mas muito sobre o ser humano, sobre empatia e sobre a vida. É por eles e graças a eles que completo mais essa etapa de formação.

Muito obrigada.

## RESUMO

**Objetivo:** Relatar a experiência de uma acadêmica de medicina e comparar dados e vivências durante um estágio em obstetrícia e ginecologia em maternidades escolas no Brasil e Portugal. Foram descritos e analisados aspectos relacionados à assistência durante os períodos pré-concepcional e pré-parto, e também a assistência a mulher durante o parto. **Método:** Desenvolvido por meio de uma pesquisa exploratória e descritiva do tipo Relato de Experiência com abordagem qualitativa. **Resultados:** Durante o programa de intercâmbio acadêmico na Universidade de Coimbra, foi observado e identificado diferenças na assistência obstétrica existente entre os países. No Brasil, a assistência é mais humanizada e apresenta dificuldades no cuidado pré-concepcional. Em Portugal, a assistência é voltada ao médico e mais instrumentalizada, enquanto mantém uma melhor assistência durante o período pré-concepcional. **Conclusão:** O estudo revelou as diferenças na assistência à saúde da mulher em diferentes países e demonstrou a importância de um programa de intercâmbio acadêmico no curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Este programa favoreceu a troca de experiências de diferentes assistências à saúde e proporcionou um olhar mais humanista e crítico à cerca da assistência médica.

**Palavras-chave:** Obstetrícia; Educação Médica; Programa de Intercâmbio Acadêmico

## ABSTRACT

**Objective:** Report the experience of a medical student and compare data during internships in obstetrics and gynecology at a maternity in Brazil and Portugal. It was described and analyzed aspects related to assistance under the preconception, pre pregnancy, and post pregnancy periods. **Method:** Developed by means of exploratory and descriptive research of the type Experience Report with qualitative approach. **Results:** During the academic exchange program at Universidade de Coimbra, it was observed and identified differences in the obstetric assistance between the countries. In Brazil, the assistance is more humanized and with difficulties to assist the preconception period. In Portugal, the assistance focuses in the doctors and uses more instruments, while maintaining a better assistance during the preconception period. **Conclusion:** The study revealed differences in the woman health assistance in distinct countries and demonstrated the importance of a academic exchange program in the school of medicine at Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. This program favored the exchange of experiences of distinct health care assistance and provided a more humanized and critical view towards health care assistance.

**Key words:** Obstetrics; Medical Education; Academic Exchange Program Exchange

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>12</b>
2.1	GERAL .....	12
2.2	ESPECÍFICOS .....	12
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>16</b>
4.1	PRÁTICAS E CONDUTAS PRÉ-CONCEPCIONAIS E PRÉ-NATAIS – RESULTADOS .....	16
4.2	PRÁTICAS E CONDUTAS PRÉ-CONCEPCIONAIS E PRÉ-NATAIS – DISCUSSÃO .....	17
4.3	ASSISTÊNCIA NO PERÍODO DO PARTO E PRÉ-PARTO - RESULTADO ...	20
4.1	ASSISTÊNCIA NO PERÍODO DO PARTO E PRÉ-PARTO – DISCUSSÃO ...	24
<b>5</b>	<b>SINTESE REFLEXIVA</b> .....	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>27</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Independente de Portugal há 197 anos, o Brasil ainda compartilha muitos hábitos e culturas lusitanas, além, é claro, da língua portuguesa.

A proximidade linguística é, sem dúvida, um fator facilitador no processo de troca cultural e acadêmica entre os países. Nesse contexto, a Universidade Federal de Santa Catarina e a Universidade de Coimbra – Portugal mantém o acordo de cooperação acadêmica com o intuito de fomentar o processo de intercâmbio acadêmico entre os países e instituições.

Ainda como colônia portuguesa no ano de 1808, na Bahia, foi fundada a primeira Universidade de medicina do Brasil e desde então a medicina e a educação médica sofreram inúmeras mudanças.

Além do aumento exponencial do número de escolas médicas, sendo que, em 2018, de acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM) o Brasil já contava com cerca de 289 faculdades de medicina, oferecendo 29.271 vagas ao redor de nosso território (SCHEFFER *et al*, 2018).

Com o intuito de absorver essas mudanças e garantir uma melhor formação médica, a Diretriz Curricular Nacional (DCN) do Curso de Graduação em Medicina foi desenvolvida. Visando garantir que o crescimento exponencial do número de faculdades e vagas dentro do curso de medicina, não represente uma queda na qualidade do ensino e no atendimento médico dentro do país.

Não obstante a heterogeneidade entre as faculdades, os diferentes contextos geográficos, sociais e econômicos que essas instituições estão inseridas dificultam ainda mais uma homogeneização do processo educacional. Todavia, foi com o intuito de garantir experiências e conhecimentos básicos e indispensáveis que a DCN vem sendo moldada e modificada.

Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina atualizada em 2014 preveem que:

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (MARTINENCH, 2014).

A formação médica deve ser, portanto, baseado no ensino, pesquisa e extensão, fornecendo uma visão crítica e competências técnicas para atuação do médico num contexto social e dentro do processo saúde-doença.

Assim, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) fundada em 1951 implementou no ano de 2003 o Currículo Integrado. O qual busca uma estrutura modular de aprendizagem, com inserção precoce do estudante à comunidade e um internato médico com duração de dois anos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2015).

Conforme a Diretrizes Nacionais para o Internato médico organizada pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM):

Art. 5º. O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, podendo ser organizadas por grandes áreas, ciclos de vida ou níveis de atenção e devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio. (BRASIL, 2014)

Ao longo do internato médico da UFSC é prevista a realização de dois ciclos dentro da área de Ginecologia-Obstetrícia. Sendo o primeiro realizado na 9ª fase dentro do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – HU UFSC e o segundo, realizado dentro da Maternidade Carmela Dutra durante a 11ª fase do curso. Ambos os estágios duram oito semanas e englobam atividades no Centro Obstétrico, alojamento conjunto, enfermaria, ambulatório, triagem e emergência ginecológica e obstétrica, centro cirúrgico e demais atividades inseridas dentro do contexto e das rotinas dos serviços.

Em Portugal, em contrapartida, a formação médica apresenta diferenças em relação ao Brasil, tanto em relação a formação básica em medicina, quanto em relação a formação em ginecologia e obstétrica.

Primeiramente, vale ressaltar que as faculdades públicas de Portugal diferentemente do Brasil não são gratuitas. Há uma taxa a ser paga semestralmente, sendo isentos os alunos que se enquadram em bolsas acadêmicas. O curso de medicina é também acessado por concurso vestibular e tem duração de seis anos. A diferença é que o curso inclui o mestrado integrado, realizado ao longo do 6º ano, conferindo, assim, o título de mestre ao graduado em medicina. De maneira geral, o curso é majoritariamente teórico e conta com aulas práticas supervisionadas e alguns estágios práticos optativos no 6º ano de curso (PORTUGAL, 2010).

Após a graduação o médico fica impossibilitado de exercer a profissão, até que realize o exame final classificatório e posteriormente realização do primeiro ano de residência médica, o chamado “ano comum” ou internato médico. Um conceito bem diferente do Brasil, onde é o acadêmico do 5º e 6º anos que cursa o internato médico.

Após o ano comum os médicos portugueses estão aptos a realizar atividades médicas e a iniciar os estudos especializados dentro da residência médica.

Dentro da ginecologia e obstetrícia, Portugal prevê a realização de seis anos de residência médica.

Outro aspecto da formação especializada em Portugal é que é previsto um número mínimo de procedimentos e atendimentos ao residente. Sendo registrado todos procedimentos, exames e consultas em um documento que será anexado ao currículo do residente (PORTUGAL, 2010).

Nota-se que Portugal, tal qual os demais países europeus, apresenta uma maior facilidade e adesão à realização de estágios optativos ou de mobilidades acadêmicas temporárias para outros países, como o programa ERASMUS (*European Region Action Scheme for the Mobility of University Students*). O qual visa a facilitação de intercâmbios de estudantes e professores em diversas instituições pelo mundo. Desse modo, a internacionalização do ensino e o convívio com alunos de diferentes locais e culturas auxilia na formação e globalização do conhecimento nesses países.

A Universidade de Coimbra está entre as vinte primeiras universidades fundada no mundo e a primeira de Portugal. Fundada em 1.290 a universidade

conta, hoje, com cerca de 22.000 alunos, nos quais creca de 4.000 são estrangeiros (PORTUGAL, 2019a).

Durante a realização do semestre internacional na Universidade de Coimbra, mais especificamente durante o estágio de Ginecologia e obstetrícia foram vivenciadas experiências englobando as atividades práticas e teóricas desenvolvidas na Universidade. As quais fomentaram inúmeras reflexões acerca do processo educacional generalista e especializado durante a educação médica, bem como a cerca da prática médica.

O presente trabalho busca, portanto, por meio de relatos de experiência dentro do estágio de ginecologia e obstetrícia em um país estrangeiro, evidenciar aspectos contrastantes entre o ensino e a prática médica vivenciados em países com perspectiva cultural, social, econômica e epidemiológica diferentes. Visando estimular o intercambio estudantil e debater a cerca da formação médica generalista ou especializada.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Relatar a experiência de uma acadêmica de medicina, comparando dados e vivências em duas maternidades escolas, uma brasileira e outra portuguesa.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- a) Descrever aspectos das condutas pré-concepcionais e pré-natais nas maternidades do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago - Hospital Universitário, na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC e Maternidade Bissay Barreto – Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra - CHUC;
- b) Descrever aspectos da assistência pré parto e parto nas maternidades maternidades supra citadas.

### 3 MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa exploratória, documental e bibliográfica. Com o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema e se utilizando de documentos pertencentes a órgãos públicos e privado, além de material impresso ou automatizado publicado em livros, artigos, revistas científicas e redes eletrônicas afim de elucidar as experiências vivenciadas (GIL, 2002) .

Para o desenvolvimento desse relato de experiência sobre diferentes vivências dentro do serviço de ginecologia e obstetrícia, realizou-se um estudo descritivo do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa. Dentro do relato serão utilizados os dados disponíveis sobre assistência ao parto nos Hospitais da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da Maternidade Bissay Barreto – Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC) de maneira quantitativa e com episódios descritivos.

As experiências descritas no presente estudos foram vivenciadas no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (UFSC), situado na cidade de Florianópolis, Brasil, e na Maternidade Bissay Barreto, vinculada ao CHUC, localizado na cidade de Coimbra, Portugal. As experiências vivenciadas na maternidade brasileira constam do primeiro semestre do ano de 2018, enquanto que, na maternidade portuguesa, datam do primeiro semestre do ano de 2019.

A UFSC é uma instituição pública e, portanto, seus recursos são oriundos de verbas federais e estaduais, não sendo efetuado nenhum tipo de cobrança ou mensalidade de seus alunos. O Hospital Universitário faz parte do complexo universitário UFSC, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) - empresa pública criada para modernizar a gestão da estrutura administrativa de hospitais públicos e vinculada ao Ministério da Educação - a qual assumiu em 2016 a administração do hospital em conjunto com a UFSC.

Além disso, ressalto que o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é um sistema 100% público e gratuito, assegurado constitucionalmente como um direito do cidadão.

O estágio em ginecologia e obstetrícia vivenciado dentro da instituição brasileira é um estágio curricular obrigatório, com duração de 8 semanas que prevê vivência das rotinas dentro do serviço de Ginecologia e obstetrícia do hospital. Entre as atividades estão, atendimento ambulatorial de ginecologia geral e obstetrícia e suas subespecialidades, emergência e triagem ginecológica obstétrica, centro obstétrico, centro cirúrgico, alojamento conjunto, enfermaria, ultrassonografia e reuniões científicas e de discussão de casos clínicos dentro da especialidade. O estágio não apresenta qualquer tipo de remuneração e a permanência dentro da universidade é de financiamento próprio, não sendo fornecido nenhum tipo de benefício ou bolsa de iniciação científica.

Ainda sobre o HU/UFSC, o hospital de alta complexidade é referência para pacientes de todo o estado de Santa Catarina (população de cerca de 6.248.436 habitantes) e em seu atendimento emergencial, o HU abrange a população de Florianópolis e região metropolitana, estimada em cerca de 421.240 habitantes. Em relação a sua maternidade, a mesma conta com auxílio da Maternidade Carmela Dutra, que também oferece atendimento as gestantes no Sistema Único de Saúde (IBGE,2010).

Os dados divulgados no Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar do ano de 2016 (EBSERH, 2016) revelam que o Hospital realizou nesse ano 9.519 internações, 117.868 atendimentos na emergência, 121.379 consultas ambulatoriais e 2.226 partos.

A Universidade de Coimbra, por sua vez, é também uma instituição pública e como uma instituição conveniada a UFSC o intercâmbio acadêmico entre as instituições não prevê a cobrança de qualquer tipo de mensalidade ou taxa por parte dos estudantes. Assim como na UFSC, a manutenção na instituição portuguesa foi 100% de financiamento próprio, não contando com qualquer tipo de auxílio tanto por parte da instituição brasileira, quanto portuguesa.

O estágio realizado na instituição portuguesa compreendia as atividades equivalentes previstas na 11ª fase do curso na UFSC. Sendo elas pediatria, ginecologia e obstetrícias e optativo, tendo duração de 8 semanas cada estágio. Dentro do estágio de ginecologia e obstetrícia, assim como no Brasil, as atividades desenvolvidas contavam com o acompanhamento do serviço como um todo.

Em Portugal, diferente do Brasil o Sistema Nacional de Saúde (SNS) apresenta um financiamento misto, de maneira em que gastos, consultas,

atendimentos e exames são coparticipados entre os utentes (paciente) e estado. Ou seja, dependendo do serviço de saúde o cidadão pagará uma percentagem e eventualmente pode ser restituído (BAGANHA, 2002).

Dentro do sistema de restituição é previsto grupos isentos de pagamento, entre eles estão gestantes e crianças até 2 anos. Recebendo o atendimento médico integral de maneira gratuita (PORTUGAL, 2009).

A Maternidade Bissay Barreto, bem como a Maternidade Daniel de Matos pertencem ao CHUC e ambas estão localizadas em prédios independentes do bloco central do Hospital da Universidade de Coimbra. O Centro Hospitalar de Coimbra possui notoriedade nacional, pois é um dos maiores e mais conhecidos centros do país. Em 2016, o complexo hospitalar realizou 60.205 internamentos, 910.188 consultas ambulatoriais, 294.601 consultas emergenciais, entre as duas maternidades foram 4.885 partos (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, 2016). Desses, cerca de metade foram realizados na Maternidade Bissay Barreto.

Todos os dados utilizados nesse estudo são dados obtidos em relatórios previamente divulgados e de livre acesso a população. Não havendo divulgação ou utilização de nenhum dado sem consentimento ou autorização por parte dos pacientes ou administradores. Com os dados secundários não é possível identificar os casos apresentados. E não foi aplicado nenhum tipo de questionário ou formulário.

Por fim, a realização desse estudo não conta com qualquer tipo de financiamento ou conflito de interesse.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste item são apresentados os principais resultados encontrados durante o desenvolvimento do estudo. Entre as análises estão reflexões sobre as práticas e condutas pré-concepcionais e pré-natais observadas na Maternidade Bissay Barreto – Complexo Hospitalar Universidade de Coimbra e Hospital e Maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

### **4.1 PRÁTICAS E CONDUTAS PRÉ-CONCEPCIONAIS E PRÉ-NATAIS – RESULTADOS**

Durante a experiência dentro da Maternidade Bissay Barreto – Complexo Hospitalar Universidade de Coimbra. Foram desenvolvidas diferentes atividades. Entre as atividades do período pré-parto o acompanhante de consultas de pré-natal e pré-concepcional estiveram presentes.

A instituição portuguesa apresenta um grande número de consultas tanto pré-concepcionais quanto pré-natais. Nas consultas pré-concepcionais as mulheres são orientadas e auxiliadas no desenvolvimento de um plano pré-concepcional ou anticoncepcional, realizando um planejamento familiar e uma avaliação da saúde da mulher e avaliação da saúde geral.

Em relação as consultas pré-natais, uma questão interessante é a realização de exames para rastreio precoce de cromossomopatias (DPN). Esses exames, conforme protocolos e orientações, segundo Henriques (2009) deve ser realizado entre a 10<sup>a</sup> e a 13<sup>a</sup> semana de gestação (idealmente na 11<sup>a</sup>), sendo o rastreio do primeiro trimestre baseado na determinação sérica da PAPP-A (proteína A plasmática associada à gravidez), do Beta hCG livre (gonadotrofina coriônica humana), na medição da translucência nucal - realizada na ecografia obstétrica - e

em dados clínicos, tais quais idade da gestante. Essa combinação de exames fornecem um valor mais acurado para rastreio de cromossomopatias como Síndrome de Down e Edwards, gerando uma estimativa mais precisa da chance de cromossomopatias naquela gestação (HENRIQUES, 2009).

Após o rastreio a gestante será informada dos riscos e poderá optar pela realização do abortamento da gestação de maneira legal e segura.

Além disso, outras práticas para facilitação e incentivo do pré-natal em Portugal relacionam-se às isenções fiscais. Isso porque as gestantes se enquadram nos critérios para isenção de taxas na realização de exames. Desse modo, gestantes podem realizar exames de rotina em qualquer unidade de saúde, pública ou privada sem pagar nada por isso ou em alguns casos pagando e recebendo 100% de reembolso posteriormente.

Em contrapartida, no Brasil, o número de consultas pré-concepcionais e de planejamento familiar se mostra inferior as de Portugal. Durante os estágios realizados em ambulatórios especializados de ginecologia e obstetrícia e em atendimentos gerais na atenção primária em Unidades Básicas de Saúdes (UBS) notou-se uma menor procura por parte da população para essa finalidade e menor oferta desse tipo de atendimento por parte dos serviços de saúde.

#### 4.2 PRÁTICAS E CONDUTAS PRÉ-CONCEPCIONAIS E PRÉ-NATAIS – DISCUSSÃO

Em relação às experiências vividas no Brasil e em Portugal no serviço de ginecologia e obstetrícia, observa-se que diante das estratégias de saúde para planejamento familiar e contracepção há uma grande disparidade entre os países. Fazendo com que no Brasil mantenham-se as taxas de planejamento familiar, consultas pré-concepcionais e acompanhamento pré-natal abaixo do esperado (BORGES *et al.*, 2016).

No Brasil, a associação de um vasto território e desigualdade social gera diferentes realidades assistenciais em saúde em uma mesma região. Em Florianópolis, onde esta localizada o Hospital Universitário/UFSC vive-se uma

realidade social privilegiada em relação a realidade nacional. Segundo o IBGE em 2010 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no país era de 0,699, enquanto o estado de Santa Catarina era de 0,774 - 3º melhor do país (PNUD - IPEA, 2016). Além disso, no ano de 2016, enquanto o Brasil investiu apenas 1,8% do seu Produto Interno Bruto (PIB) na saúde pública, o estado de Santa Catarina, investiu no mesmo ano cerca de 12% de seu PIB (BRASIL, 2018).

Embora Florianópolis esteja introduzida em um melhor contexto, a perspectiva de pré-natal e consultas pré-concepcionais, ainda apresenta realidades discrepantes, sobretudo, em relação a populações menos favorecidas e que dependem totalmente do Sistema único de Saúde (CONILL, 2002).

De maneira geral a cultura e disseminação das consultas pré-conceptivas ainda se mostra muito aquém do necessário. O preparo inadequado para uma gestação, seja na suplementação de vitaminas, seja na atualização do esquema vacinal, ou até mesmo na implementação de uma contracepção adequada, visando evitar uma gestação não desejada, se reflete nas ainda altas taxas de natalidade, fecundidade (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000), abortos ilegais, doenças congênitas e desfechos negativos na gestação (MARIA *et al.*, 2012).

Embora a assistência à saúde tenha diferentes cenários, conforme a população e região, em comum, a falta de recursos e a sobrecarga do sistema dificultam ainda mais o acesso à saúde. Dessa maneira, a saúde preventiva acaba, erroneamente, em segundo plano, corroborando para gestações não planejadas e/ou indesejadas, falhas no acompanhamento pré-natal, abortos ilegais etc (SMITH, 2015).

No Brasil a legislação conforme o Código Penal de 1940, considera o aborto, se induzido, crime à vida humana. A legislação, porém, não qualifica como crime as seguintes situações: Gestação que represente risco à vida da gestante; Gestação que seja resultado de um estupro; Gestação de feto anencefalo. (BRASIL, 1940)

Ainda sim o aborto é um tema delicado e polêmico no país, apresentando uma legislação repleta de “brechas”. O que somado a desinformação da população leva a um caótico cenário; segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde, no Brasil ocorrem a cada ano entre 1,5 a 3 milhões de abortos provocados (REZENDE *et al.*, 2016).

Embora o aborto ilegal aconteça em todas classes e regiões, é na população mais pobre que ele faz mais vítimas. A Pesquisa Nacional sobre o Aborto (PNA),

Diniz, Medeiros e Madeiro (2016), revelam que as maiores taxas de aborto ilegal são entre mulheres negras e indígenas, com menor instrução e nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país. Nas mulheres com 39 anos ou mais, 20% afirma já ter realizado um aborto (KROETZ, 2016).

Em contrapartida, Portugal, que desde 2007 fornece aborto seguro e de maneira legal à população, apresenta uma crescente queda no número de abortos. Entre 2008 e 2015, houve uma diminuição de 14,3% do total de interrupções (PORTUGAL, 2018b).

A legislação atual em Portugal permite a realização do aborto até 10 semanas de gestação, sendo permitido em casos de má formações congênitas ou outras patologias até a 24<sup>a</sup> semana de gestação.

A constituição prevê segundo a Lei n.º 16/2007 que:

1 - Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

- a) Constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
- b) Se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
- c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;
- d) A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas;
- e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez. (PORTUGAL, 2007)

O possibilidade de um aborto legal e seguro apresenta-se quase como um incentivo ao pré-natal precoce. Isso por que os exames de rastreio para má formações são realizado de maneira precoce e possibilitam a gestante optar ou não pela gestação, tendo em mente os riscos de cromossomopatias e outra anomalias.

Não obstante, a legalização do aborto no país aumentou a oferta de contraceptivos por parte do Serviço Nacional de Saúde, aumentando em número e variedade de métodos.

Associados, esses fatores fizeram com que após mais de 10 anos de legalização da interrupção voluntária da gestação, haja uma redução no número de internações hospitalares associadas ao aborto ilegal, além de uma melhor organização das consultas de interrupção de gravidez e dos métodos de interrupção, sendo a interrupção medicamentosa a mais utilizada atualmente (PORTUGAL, 2018a).

Outro ponto diferencial no sistema de saúde português é a pesquisa genética para má formações em fetos provenientes de abortos espontâneos. Uma maneira de planejar gestações futuras e evitar recorrência de gravidezes interrompidas. E auxiliando, novamente, em um pré-natal e um planejamento familiar mais efetivo.

#### 4.3 ASSISTÊNCIA NO PERÍODO DO PARTO E PRÉ-PARTO - RESULTADO

No Brasil, a Maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, referencia em parto humanizado e atende a população de Florianópolis e região metropolitana, realizando em 2016, 2.226 partos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Ao longo do semestre letivo de 2018, as rotinas vivenciadas dentro da Maternidade HU/UFSC apresentavam-se de acordo com o Manual de boas práticas, publicados no EBSEH (2018), o qual conta com orientações para atendimento de gestantes, baseado em artigos de revisão do tema.

No atendimento inicial do parto algumas das práticas não recomendadas são a realização rotineira de: Enema; tricotomia; punção venosa para infusão de líquidos; e procedimentos invasivos.

No mesmo manual, outras práticas incentivadas/ previstas são: A presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto e parto; oferta de alimentos até dilatação do solo uterino de 5 cm; o incentivo à deambulação e a livre escolha na

posição da parturiente no trabalho de parto; métodos não farmacológicos de alívio da dor; a amamentação precoce (primeira hora de vida)

Tais recomendações se mostram em consonância com as práticas do hospital, o qual conta com uma preocupação em proporcionar um parto humanizado e garantir a liberdade da gestante em relação ao acompanhante, a deambulação, escolha da posição do parto e evitar procedimentos desnecessários ou não recomendados rotineiramente, tais quais uso de fórceps, vácuo extrator, episiotomia, manobras tal qual a de Kristeller.

A gestante é acompanhada por meio do partograma e há monitorização intermitente da mãe e do feto através da monitorização dos batimentos cardíacos fetais.

Quanto aos métodos de alívio da dor, são oferecidos métodos não farmacológicos como massagens, bola suíça e banho com água morna. Quanto aos métodos farmacológicos de analgesia, a grande dificuldade do Hospital Universitário é a utilização e oferta da analgesia epidural para gestantes. Isso por que não há um médico anestesista destinado apenas ao Centro Obstétrico (CO), portanto, para aplicar a epidural é necessário que o médico anestesista de plantão do hospital se desloque até o CO. Desse modo, a oferta de epidural é extremamente restrita e rara. Sendo, portanto, a oferta de analgesia a gestante, falha.

A não aplicação de epidural, no entanto, propicia gestantes mais ativas, sendo a deambulação e a adoção de posições alternativas no período expulsivo (conforme desejo da parturiente) rotinas mais prevalentes

A Tabela 1 evidencia dados fornecidos pelo Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar de 2016. Entre eles informações quanto ao tipo de parto, tipo de apresentação e uso de analgesia epidural.

TABELA 1 – DADOS HOSPITAL UNIVERSITÁRIO 2016

MATERNIDADE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO 2016			
TIPO DE PARTO	Normal	1.437	64,66%
	Cesariana	789	35,44%
	Total	2.226	100%
POSIÇÃO NO PARTO NORMAL	Vertical	1.209	84,17%
	Genitupeitoral	52	3,6%
	Horizontal	166	11,5%
	Lateral	10	0,64%
ANALGESIA	Epidural	20	1,38%

Fonte : EBSEH (2016)

Após o nascimento e avaliação inicial do pediatra, se possível, é estimulado o contato materno fetal e a amamentação ainda na primeira hora. Nesses casos, se o neonato nasce sem alterações patológicas e a puérpera encontra-se em bom estado, a avaliação completa do recém-nascido é postergada para após o primeiro contato materno fetal.

O clampeamento do cordão é tardio e estimulado apenas após a redução da pulsação (1 a 3 minutos).

Em Portugal, a Maternidade Bissay Bareto - braço do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra e que realizou em 2018, cerca de 2.411 partos - juntamente com a Maternidade Daniel de Matos atende a população da cidade de Coimbra e regiões metropolitanas.

Durante o primeiro semestre de 2019 foram vivenciadas as rotinas da Maternidade portuguesa. A qual conta com dois a três médicos anestesistas destinados exclusivamente ao centro obstétrico. Fazendo com que a analgesia farmacológica por peridural seja quase uma rotina, e sendo ela oferecida a todas as gestantes que estão em trabalho de parto dentro da maternidade. Em 2018, por exemplo, o uso de peridural representou 98,4% dos 2.411 partos realizados nesse ano - conforme dados fornecidos pela própria maternidade (Tabela 2).

Sob essa mesma perspectiva do uso rotineiro de analgesia peridural, práticas como decúbito dorsal e parto em posição horizontal são muito mais frequentes na maternidade. A gestante se mantém restrita ao leito, com necessidade de sondagem de alívio e infusão de medicação intravenosa. O que notadamente reduz a

mobilidade da gestante, dificulta fisiologicamente o processo do parto e coloca a gestante a mercê de um ciclo de procedimentos. Ou seja, um procedimento desencadeia outros, que somados aumentam os riscos para mãe e bebê.

A tabela 2 revela dados da maternidade portuguesa, como tipo de parto e uso de analgesia epidural.

TABELA 2– DADOS MATERNIDADE BISSAY BARRETO 2018

MATERNIDADE BISSAY BARRETO 2018			
TIPO DE PARTOS	Normais	1048	43,5%
	Fórceps	197	8,2%
	Ventosa	430	17,8%
	Cesariana	736	30,5%
	Total	2411	100%
ANALGESIA	Epidural	2148	98,4%

Fonte: Portugal (2018b)

Apesar da aplicação rotineira de analgesia peridural, as demais práticas alternativas de alívio de dor, tais quais banhos quentes, massagens etc não são estimuladas. Por vezes não sendo se quer permitidas a paciente, atitude justificada pela equipe pela presença de acesso venoso periférico.

Outra curiosidade é a analgesia inicial do trabalho de parto ser administrada via retal e a tricotomia uma orientação fornecida à gestante.

Medidas de proteção do períneo não são encorajadas. Em contrapartida parto instrumentado é uma prática comum. O uso de ventosa e fórceps, bem como episiotomia foram práticas frequentemente observadas na maternidade portuguesa durante o estágio.

Além disso, o acompanhante é retirado da sala de parto durante o período expulsivo. Retornando a mesma ou, no caso de cesarianas, sendo chamado para acompanhamento da criança na primeira avaliação após o parto.

O clameamento do cordão costuma ser imediato e o contato materno costuma acontecer após avaliação inicial do recém-nascido.

#### 4.1 ASSISTÊNCIA NO PERÍODO DO PARTO E PRÉ-PARTO – DISCUSSÃO

Quanto à assistência ao pré parto e parto, a Maternidade do HU/UFSC, como já citado, é uma referencia em parto humanizado. Buscando, portanto, respeitar os conceitos, como o estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Segundo a organização, “humanizar o parto é um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudável, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o bebê” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Comparativamente às praticas vivenciadas em terras lusitanas, o parto no HU/UFSC apresenta-se como um processo muito mais fisiológico e natural, procurando exercer o menor número de interferências nesse processo, com uma baixa medicalização e instrumentalização.

No sentido contrário a esse processo, a falta de um médico anestesista exclusivo para o Centro Obstétrico e conseqüente baixa disponibilidade de analgesia epidural para as gestantes aparece como um fator negativo dentro do hospital. O qual não respeita o previsto dentro das expectativas para um parto normal humanizado. Que segundo a OMS e as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), deve fornecer métodos farmacológicos e não farmacológicos para analgesia, garantindo a liberdade de escolha por parte das parturientes (BRASIL, 2017).

Esse aspecto evidencia novamente algumas das falhas vivenciadas no SUS por conta da falta de recursos financeiros, físicos e pessoais para melhor atendimento da população (SIMONE; DINIZ, 2005).

Ainda assim, a falta de métodos de analgesia peri parto na maternidade brasileira não significou um parto desumanizado. A exemplo de partos instrumentalizados, os quais não foram observados em momento algum durante as atividades desenvolvidas dentro da Maternidade HU/UFSC. Mas que entretanto, foram frequentemente observadas na maternidade portuguesa, contrariando a bibliografia atual, que relata que essas técnicas, se utilizadas rotineiramente, não apresentam benefícios, além de influenciarem na qualidade de vida e na experiência do pós-parto materno (BRASIL, 2017).

As vivências dicotômicas dentro de salas de parto e centros obstétricos e a satisfação materna, também mostrou diferenças culturais entre a população atendida, quanto às expectativas da experiência do parto. Sendo, de forma geral, as mulheres brasileiras muito mais envolvidas com o processo de parto, com opiniões e anseios a cerca do parto e buscando um processo menos intervencionista.

Em contrapartida, em Portugal, o processo de parto ainda é muito focado no papel do médico, que se apresenta como coadjuvante do processo e um modelo intervencionista de parto, onde a mulher apresenta papel passivo.

## 5 SÍNTESE REFLEXIVA

Observa-se que apesar de uma melhor assistência a saúde reprodutiva pré concepcional feminina, a Maternidade Bissay Barreto, em Portugal ainda mantém uma assistência ao parto instrumentalizada e voltada ao médico. Uma prática perpetuada dentro do meio acadêmico e profissional e aceita socialmente pela população.

No Brasil, a Maternidade HU/UFSC vivencia a realidade de um centro referência em parto humanizado, revelando os anseios da mulher brasileira por um parto mais natural e participativo. Por outro lado, o falho sistema pré-concepcional fornecido dentro do sistema único de saúde, revela as mazelas sociais e as dificuldades financeiras e administrativas do sistema.

Contraditoriamente, o fato de o aborto ser legalizado em Portugal e, no Brasil, ser reservado apenas para casos selecionados, traz novas reflexões acerca do tema. Uma vez que a oferta de aborto pelo SNS favorece não apenas um pré-natal precoce, como também um diagnóstico de anomalias congênitas antecipado.

O relato a cima descrito, apresenta dados obtidos sobre a realidade dentro do ensino generalista e especializado em ginecologia e obstétrica e dos serviços da especialidade em diferentes países associados a experiência subjetiva de uma acadêmica em estágios curriculares em ambos países.

## 6 CONCLUSÃO

O trabalho descreve a experiência de uma acadêmica brasileira nos serviços de ginecologia e obstetrícia no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil e na Maternidade Bissay Barreto – Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra – Portugal.

Os estágios foram realizados entre o primeiro semestre de 2018 e o primeiro semestre de 2019, dentro do serviço de ginecologia e obstetrícia. E o relato conta com vivências subjetivas e dados estatísticos dos respectivos serviços. Evidenciando aspectos positivos quanto a assistência pré-natal e pré-concepcional dentro da maternidade portuguesa, contrastando com as dificuldades do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Em contrapartida, revelou uma assistência pré-parto e parto instrumentalizada e voltada para o médico na Maternidade Bissay Barreto, versus um sistema de parto mais humanizado e centrado no cuidado da mulher no Hospital Universitário HU/UFSC.

O relato evidencia diferenças na prática médica na especialidade de ginecologia e obstetrícia e abre espaço para novos estudos tanto dentro da prática médica na especialidade de ginecologia e obstetrícia, quanto sobre educação médica generalista e especializada. Além de fomentar o intercâmbio acadêmico e favorecer a troca de experiências de diferentes formas e organizações de assistências à saúde, propiciando um olhar mais humanista e crítico à cerca da assistência médica.

## REFERÊNCIAS

- BAGANHA, M. I.; RIBEIRO, J.; PIRES, S. **O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio.** Oficina do CES, v. 182, p. 1-33, 2002.
- BORGES, A. L. V. *at al.* **Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women.** Revista da Escola de Enfermagem, 50(2), 208–215. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200005profissional>> Acesso: set. 2019.
- BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decretolei/del2848.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decretolei/del2848.htm)>. Acesso em: 03 ago. 2018.
- BRASIL. **Resolução nº 3**, 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.** 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)> Acesso em: set. 2019.
- BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional. **Aspectos Fiscais da Sustentabilidade no Brasil.** Tesouro Nacional, (061), 11. 2018. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/AspectosFiscaisSaude2018/a7203af9-2830-4ecb-bbb9-4b04c45287b4>> Acesso em: set. 2019.
- CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, E.P.E., 2016. Disponível em:< <https://www.chuc.min-saude.pt/paginas/informacoes/institucionais/indicadores-estatisticos/assistenciais.php>>. Acesso em: Set. 2019
- COELHO, E. A.; LUCENA, M. F.; SILVA, A. T. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P, 34(1), 37–44. 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0080-62342000000100005>> Acesso em: set. 2019.
- CONILL, E. M. Primary care policies and health reforms: an evaluative approach based on an analysis of the Family Health Program in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, 1994-2000. Cadernos de Saúde Pública / Ministério Da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 18 Suppl, 191–202. 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700019>> Acesso em: set. 2019.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. **Pesquisa Nacional de Aborto**. National Abortion Survey 653–660. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>> Acesso em: set. 2019.

EBSERH. **Boletim estatístico do movimento hospitalar**. 2016. Disponível em: <[http://www.hu.ufsc.br/?page\\_id=3487](http://www.hu.ufsc.br/?page_id=3487)>. Acesso em: 28 out. 2019.

EBSERH. **Atenção à saúde da mulher e do recém-nascido - Manual de Boas Práticas** (No. 1a Edição). 2018. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/3547298/final.pdf/3ac08f66-68e3-41ff-a569-1f1c118e71ba>> Acesso em: set. 2019.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 3a ed. São Paulo: Atlas, 2002

HENRIQUES, Sílvia. **Rastreo pré-natal de cromossomopatias e defeitos do tubo neural: Como actuar?**. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, v. 25, n. 3, p. 320-31, 2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Síntese dos Indicadores de 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010

MARIA, R.; *at al.* **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro**, Brasil Adequacy of prenatal care in the National Health System in the city of Rio de Janeiro, Brazil. 28(3), 425–437. 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2012.v28n3/425-437/pt>> Acesso em: set. 2019.

MARTINENCH, A. **Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação de medicina**. Pontificia Universidad Catolica del Peru. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Direitos das gestantes. 2000. Disponível em: <[www.direitos/oms.htm](http://www.direitos/oms.htm)> Acesso em: set. 2019.

PORTUGAL. Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril de 2007. Assembleia da República. Diário da República n.º 75/2007, Série I de 2007-04-17, p. 2417 – 2418. Disponível em: <<https://data.dre.pt/eli/lei/16/2007/04/17/p/dre/pt/html>> Acesso em: set. 2019.

PORTUGAL. Diário de Notícias. **Grávidas isentas de Boletim Estatístico do Movimentos no SNS**. 2009. Disponível em: <<https://www.dn.pt/portugal/gravidas-isentas-de-taxas-no-sns-1177488.html>>. Acesso em: 20 out. 2019.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Diretoria Colegiada. Portaria n.º 613/2010 de 3 de Agosto 2010. **Programa de formação da especialidade de ginecologia/obstetrícia**. Diário da República Portugal, 1.ª série — N.º 149 — 3 de Agosto de 2010

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Retrato da Saúde**. 2018. Disponível em: <[https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)> Acesso em: set. 2019.

PORTUGAL. Sistema Nacional de Saúde. **Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares**. 2018. Disponível em: <<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

PORTUGAL. UNIVERSIDADE DE COIMBRA (Org.). **História da Universidade**. 2019. Disponível em: <<https://www.uc.pt/sobrenos/historia>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

PORTUGAL. UNIVERSIDADE DE COIMBRA (Org.). **Dados Fundamentais: Números**. 2019. Disponível em: <<https://www.uc.pt/dados#comunid>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

PNUD - IPEA. Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras. Brasília. 2016. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6217/1/Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6217/1/Desenvolvimento%20humano%20nas%20macrorregi%C3%B5es%20brasileiras.pdf)> Acesso em: set. 2019.

REZENDE, C.; *et al.* **Uma visão sobre o aborto no Brasil**. Visão Universitária, 1, 45–57. 2016. Disponível em: <<http://www.visaouniversitaria.com.br/ojs/index.php/home/article/view/75>> Acesso em: set. 2019.

SCHEFFER, M.; *et al.* **Demografia Médica no Brasil**. 2018. Disponível em: <<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278#page/1>> Acesso em: set. 2019.

SIMONE, C.; DINIZ, G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil**: os muitos sentidos de um movimento Humanization of childbirth care in Brazil□: the numerous meanings of a movement. Ciência e Saúde Coletiva, 10(3), 627–637. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2005.v10n3/627-637/pt>> Acesso em: set. 2019.

SMITH, C. M. **Desvinculação da gestante da assistência pré- natal**. Bahiana escola de medicina e saúde pública. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>> Acesso em: set. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro das Ciências da Saúde CCS. Curso de graduação em medicina. Novembro de 2015. **Projeto pedagógico do curso de graduação em medicina**. Disponível em: <<http://medicina.ufsc.br/files/2015/04/Projeto-Pedag%C3%B3gico-do-Curso-de-Gradua%C3%A7%C3%A3o-em-Medicina-Agosto-2016.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2019.