

Implantação da lei contra violência obstétrica: cenário de cesáreas realizadas no Paraná antes e após a Lei 20.127/20

Implementation of the law against obstetric violence: scenario of cesarean sections performed in Paraná before and after Law 20.127/20

Ketully Nayara Bortolozzo, Campo Real
Maria Caroline Santos, Campo Real
Mariana Ribeiro Burei, Campo Real
Dra. Mariana Uliano Cordeiro, Campo Real
Dra. Cristina Lopes Ribeiro, Campo Real

Resumo

Objetivo: O objetivo geral desta pesquisa é demonstrar quantitativamente a realização de cesarianas antes e depois da criação da lei número 20.127/2020 em município da região centro-sul do estado do Paraná.

Métodos: Esta pesquisa tem caráter de natureza quantitativa com perspectiva descritiva. Foi utilizada como técnica de coleta a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica, com perspectiva longitudinal e corte transversal. A tabulação e análise estatística descritiva para análise dos dados foi realizada através do programa *Microsoft Excel®*.

Resultados: A pesquisa evidenciou dados importantes que revelam como o SUS tem impacto significativo sobre os procedimentos dos hospitais, pois grande parte dos atendimentos nos anos de 2019 e 2020 foram realizados por ele. Entende-se também que a mudança na lei pode ter impactado na decisão pelo procedimento em 11% das mulheres que o fizeram.

Conclusão: A pesquisa revelou que a execução de cesáreas pelo SUS está além do indicado pela OMS e pela FEBRASGO. Os dados demonstraram um aumento de 11% na execução de cesáreas de 2020 em relação a 2019, podendo indicar possível impacto da mudança da lei sobre a decisão pelo procedimento de cesárea.

Descritores: violência obstétrica; cesariana; recesariana; Parto Obstétrico; Lei número 20.127/2020.

Abstract

Objective: The general objective of this research is to quantitatively demonstrate the performance of cesarean sections before and after the creation of law number 20,127/2020 in a municipality in the central-south region of the state of Paraná.

Methods: This research is quantitative in nature with a descriptive perspective. Documentary research and bibliographical research will be used as collection techniques, with a longitudinal and cross-sectional perspective. For tabulation and descriptive statistical analysis for data analysis, the Microsoft Excel program will be used.

Results: The research revealed important data that reveal how the SUS has a significant impact on hospital procedures, as a large part of the care in both years was through it. It is also understood that the change in the law may have impacted the decision to undergo the procedure in 11% of women who underwent it.

Conclusion: The research revealed that the performance of cesarean sections by the SUS is beyond what is recommended by the WHO and FEBRASGO. The data demonstrated an 11% increase in the execution of cesarean sections in 2020 compared to 2019, which may indicate a possible impact of the change in the law on the decision to undergo a cesarean section.

Descriptors: Obstetric Violence, cesarean section; repeat Cesarean Section; Obstetric Delivery; Law number 20.127/20.

1. INTRODUÇÃO

A cesárea é uma via de parto cirúrgica inicialmente empregada para salvar a vida materna e fetal. Com o decorrer dos anos e avanços tecnológicos e científicos, houve o aprimoramento da técnica e aumento no número de procedimentos, ultrapassando o índice preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Comunidades Médicas Internacionais. A aprovação da Lei Estadual de número 20.127/2020, que no Art. 1º altera o inciso VII do art. 3º da Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que passa a vigorar com a seguinte redação: VII - o parto adequado, respeitadas as fases biológica e psicológica do nascimento, garantindo que a gestante participe do processo de decisão acerca de qual modalidade de parto atende melhor às suas convicções, aos seus valores e às suas crenças, garante o direito da escolha pela via de parto em gestantes após 39 semanas, tendo o risco habitual e, somando a isso, a falta de orientação sobre os benefícios do parto normal

para o binômio materno-fetal que tendem a escolher o parto cesáreo, justificam, portanto, este aumento¹.

Com o decorrer e avanço das ciências e tecnologias na área da saúde, tanto de fatores clínicos como não-clínicos, ocorreu o surgimento de uma intervenção cirúrgica, a cesárea, que representa um importante valor histórico para salvaguardar a saúde e a vida materna e neonatal².

O emprego da técnica originou-se em época milenares, sendo relatado primeiramente através da mitologia greco-romana, papiros egípcios e manuscritos persas e assírios. Desse modo, ao longo dos anos, passou por significativas mudanças que podem ser divididas em cinco períodos. No primeiro, (até cerca do ano de 1500) era realizado apenas para salvar a vida da criança após a morte da mãe, sendo o conhecimento somente por lendas e histórias orais. No segundo, (1500-1876) começou a sistematização da técnica, com a gestante ainda viva, mesmo acreditando que se tratava de um procedimento arriscado e como última forma de resguardar as vidas. Já o terceiro (1876-1882) é marcado pelo avanço da tecnologia, com o emprego do *taglio cesáreo demolitore*, com extração uterina e ovariana, mesmo sendo de caráter mutilador atribui grande valor no aperfeiçoamento das técnicas apresentadas até o momento. O quarto período (1882-1906) é taxado como uma nova era para a cesárea, em que obtiveram bons índices em pacientes a termo da gestação, assim, deixando para o próximo período adequar o uso da prática em diversas situações e riscos. Já no último período, (1906-até hoje) é caracterizado pelo avanço da tecnologia empregada antes, durante e após o procedimento com a finalidade de reduzir riscos e melhorar aquilo que já vinha sido sistematizado².

Assim, ocorreu a introdução do uso de assepsia e antissepsia, antibióticos, esterilização instrumental, higienização de local/equipe/paciente, paramentação dos envolvidos no ato cirúrgico, lavagens de mãos, uso de luvas estéreis e emprego de anestésicos. Desta forma, foram alcançados resultados positivos, sendo um procedimento rápido e culminando na redução de sangramentos e infecções².

Conforme preconizado em 1985 pela criação do Consenso de Fortaleza por meio da OMS junto à Comunidade Médica Internacional, a taxa ideal para as cesáreas seria entre 10-15% de todos os partos realizados. Atualmente, não há justificativa para que essa taxa seja ultrapassada^{4,5}. No entanto, seu índice vem aumentando e se tornando mais frequente nas últimas décadas. Desse modo, o

Brasil apresentou estimativas no ano de 1970 de 15%, passando para 38% em 2001 e 48,8% em 2008, retratando 35% dos partos do Sistema Público e 80% do setor privado. Vale ressaltar que o Brasil é o segundo país que mais realiza cesáreas no mundo, perdendo apenas para a República Dominicana⁶.

No dia 15 de janeiro de 2020, no estado do Paraná, foi aprovada a lei 20.127/2020, garantindo ao neonato e a parturiente atendimento adequado ao parto e nascimento, buscando reduzir a violência obstétrica. Assim, assegura o direito de realizar cesariana, nas situações eletivas, após 39 semanas nas gestações de risco habitual, desde que a paciente tenha recebido todas as informações sobre as vias de parto, junto aos seus riscos e benefícios⁷. O contrário ocorre com as mulheres que não são informadas sobre as vantagens do parto vaginal tanto para si como para seus bebês, o que causa a escolha da cesariana⁸.

Com o aumento nos índices de cesáreas, as complicações oriundas desse procedimento tornam-se mais recorrentes. Desse modo, as possíveis futuras gestações podem apresentar intercorrências graves e com maior frequência, como placenta prévia, acretismo placentário e rotura uterina⁹.

O objetivo geral desta pesquisa é demonstrar quantitativamente os índices de realização de cesarianas antes e depois da criação da lei número 20.127/2020 em um município da região centro-sul do estado do Paraná. E, especificamente, buscou-se comparar os índices de uma instituição municipal (Hospital de Caridade São Vicente, Guarapuava-PR), índices nacionais (Ministério da Saúde)¹¹ e internacionais (OMS)¹⁰; investigar os índices de cesarianas ocorridos em mulheres com recesariana; analisar os índices de cesarianas tendo como base o uso do serviço público e privado de saúde; investigar o perfil epidemiológico das pacientes submetidas à cesariana.

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa tem caráter de natureza quantitativa com perspectiva descritiva. Foi utilizada como técnica de coleta, a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica, com perspectiva longitudinal e corte transversal. A tabulação e análise estatística descritiva para análise dos dados através do programa *Microsoft Excel®*.

Os dados foram coletados junto ao hospital de caridade São Vicente em Guarapuava-PR, referentes aos procedimentos executados entre janeiro de 2019 e dezembro de 2020, antes e após a implementação da lei número 20.127/2020.

Logo, a população pesquisada corresponde a todas as parturientes atendidas no hospital eleito, independente do convênio e idade. Foram coletados dados epidemiológicos, como idade, município de procedência, convênio, data da realização do parto, via de parto, idade gestacional, número de gestações, histórico de cesariana prévia e estratificação de risco do pré-natal, com a finalidade de, posteriormente, gerar gráficos, para compreender melhor visualmente e estatisticamente o cenário e frequência do procedimento estudado. A amostra foi coletada com base na quantidade de partos realizados e documentados nos prontuários e, tendo como critério de exclusão, os prontuários que não estiverem preenchidos corretamente ou incompletos.

Os dados foram tabulados e analisados no programa *Microsoft Excel®*, em que foram processadas as informações dos prontuários e preenchido pelos responsáveis deste procedimento, procedendo com a elaboração de gráficos e análises estatísticas descritivas.

Para contemplar a execução dos objetivos específicos referentes aos dados epidemiológicos (Anexo 1), foram coletados dados demográficos como: idade, convênio, data e hora da realização do parto, via de parto, número de gestações, estratificação de pré-natal, com a finalidade de, posteriormente, gerar gráficos, para compreender melhor, visualmente e estatisticamente, o cenário e frequência do procedimento estudado, e assim auxiliar nas decisões e estratégias futuras para o hospital, médicos e pacientes.

O município de procedência foi uma variável considerada, pois o Hospital São Vicente de Guarapuava recebe gestantes de 12 municípios da região, além de gestantes de 16 Unidades Básicas de Saúde, das 33 existentes no município. Destes municípios, apenas 2 (Guarapuava e Campina do Simão) encaminham pacientes estratificadas como risco habitual, outros 4 municípios (Prudentópolis, Cândói, Foz do Jordão e Reserva do Iguaçu) encaminham gestantes de risco intermediário e os demais (Cantagalo, Laranjeiras do Sul, Marquinho, Nova Laranjeiras, Porto Barreiro, Rio Bonito do Iguaçu e Virmond) encaminham apenas gestantes de alto risco.

Quanto a estratificação de risco da gestante, este é estabelecido como habitual, intermediário e alto. Estes, foram estabelecidos para reduzir a mortalidade materno-infantil em especial a materna, e sua estratificação pode ser visualizada na Tabela 1 a seguir:

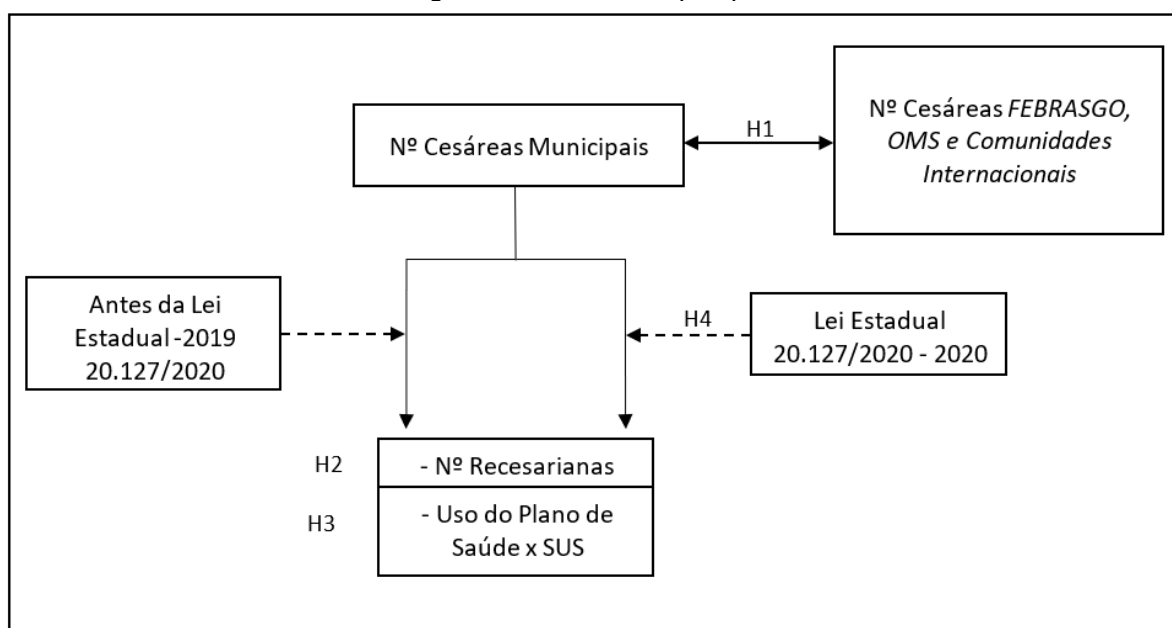
Tabela 1 - Estratificação do risco.

Estratificação de risco	Descrição da gestante
Risco Habitual	<u>Características individuais e socioeconômicas:</u> •Obesidade Grau I e Grau II (IMC<40); <u>História reprodutiva anterior:</u> •Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual: •Ameaça de aborto ¹ ; •Hipotireoidismo ² ; •Tabagismo (Fagerström < 8 pontos) ³ ; •Etilismo sem indicativo de dependência (T-ACE < 2 pontos) ⁴ ; •Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl); •Depressão e ansiedade leve ⁵ ; •Sífilis (exceto sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita).
Risco intermediário	<u>Características individuais e condições socioeconômicas e familiares:</u> •Idade < 15 anos ou > 40 anos; •Baixa escolaridade (<3 anos estudo); •Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; •Gestante negra (preta ou parda); •Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerström: 8 a 10 pontos) ¹ ; •Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais) ² ; <u>História reprodutiva anterior:</u> •Histórico de óbito fetal (natimorto) em gestação anterior ³ ; •Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); •Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior; •Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades. Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual: •Diabetes gestacional não-insulinodependente; •Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9 g/dl);
Risco Alto	<u>Características individuais e condições socioeconômicas:</u> •Dependência de drogas ilícitas; •Obesidade mórbida (IMC≥40). <u>Condições Clínicas prévias à gestação:</u> •Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento; •Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades; •Cirurgia uterina prévia fora da gestação; •Colelitíase com repercussão na atual gestação; •Diabetes mellitus tipo I e tipo II; •Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional); •Doenças hematológicas: •Doença falciforme (exceto traço falciforme); •outras hematopatias. •Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras); •Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS ≥4; •Hipertensão arterial crônica; •Hipertireoidismo; •Histórico de tromboembolismo; •Má formação útero-vaginal; •Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestação); •Neoplasias; •Pneumopatias descompensadas ou graves; •Psicose ou depressão grave ¹ .

Fonte: adaptado de Secretaria da Saúde do Paraná – DAV (2023)¹⁷.

A representação em imagem das variáveis de dados e estabelecimento de hipóteses que demonstram graficamente este estudo, podem ser verificadas na Figura 1 abaixo:

Figura 1 - Desenho da pesquisa.



Fonte: as autoras (2023).

Nessa perspectiva, estes dados irão auxiliar para traçar o perfil das

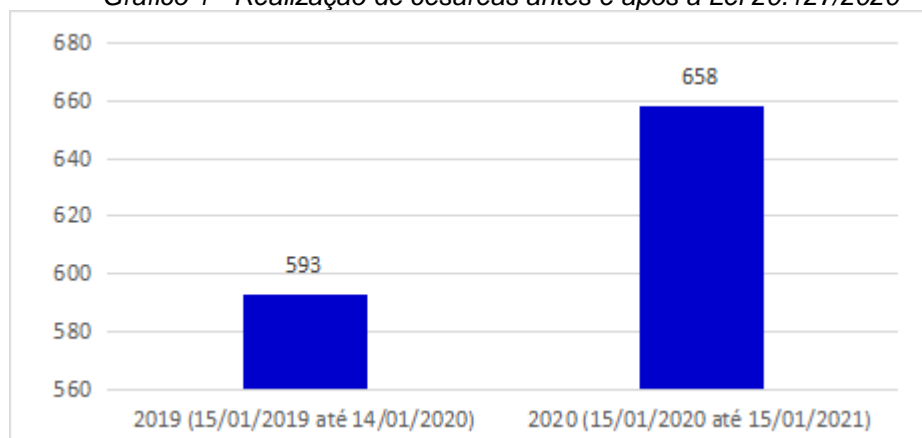
puérperas no município e, posteriormente, poderão ser utilizados para criar políticas de saúde para essa população específica e população do Estado.

3. RESULTADOS

Foram coletados todos os dados de 2889 partos realizados, sejam eles vaginal ou por cesárea. Fazendo a classificação quanto ao tipo de procedimento, verificou-se que foram realizadas 47 cesáreas particulares e 1344 pelo SUS e 1498 partos normais. Para esta pesquisa, foram retirados 93 registros por não conter todos as variáveis, ou seja, os dados não estavam registrados no sistema de controle do hospital ou estavam fora da data temporal estabelecida para esta pesquisa. Assim perfazendo um total de 1251 dados válidos na amostra final.

Cabe salientar que o total de partos entre janeiro de 2019 e janeiro de 2021 foram de 2889, logo, a percentagem total de cesáreas praticadas neste hospital foi de 48%, sendo que 1344 (46%) foram efetuadas pelo SUS. E a comparação do número de cesáreas entre 2019 e 2020, apontou um crescimento de 11% (referente a quantidade de 1251 dados válidos), de um ano em relação ao outro (Gráfico 1).

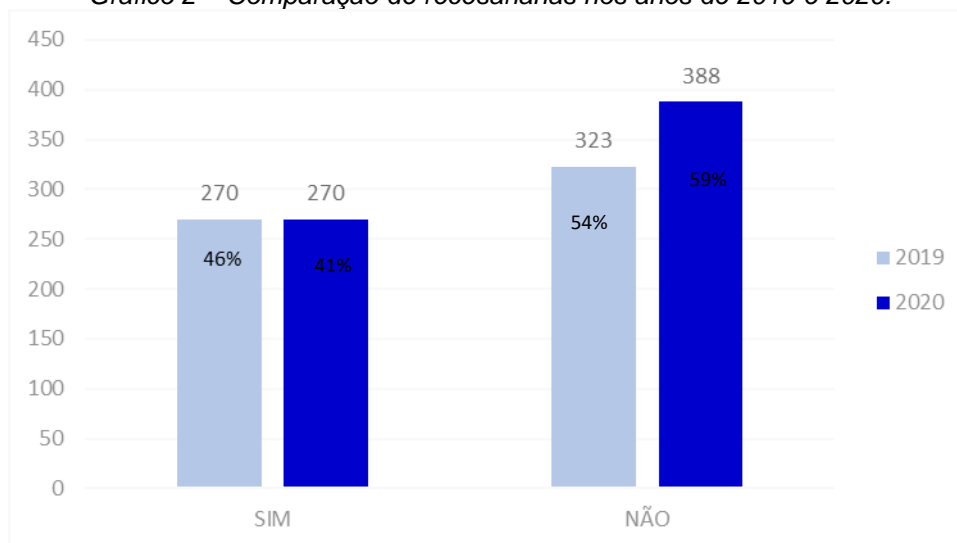
Gráfico 1 - Realização de cesáreas antes e após a Lei 20.127/2020



Fonte: as autoras (2023).

O Gráfico 2 aponta a relação entre os anos de 2019 e 2020, podendo visualizar a diferença anterior e posterior à promulgação da Lei Estadual número 20.127/2020. Quanto a comparação entre as mulheres que tinham feito cesárea previamente, em 2019, 46% delas repetiram o procedimento e 41% em 2020. Assim, o índice de recesarianas no município foi em média de 44% entre os anos pesquisados.

Gráfico 2 – Comparação de cesarianas nos anos de 2019 e 2020.

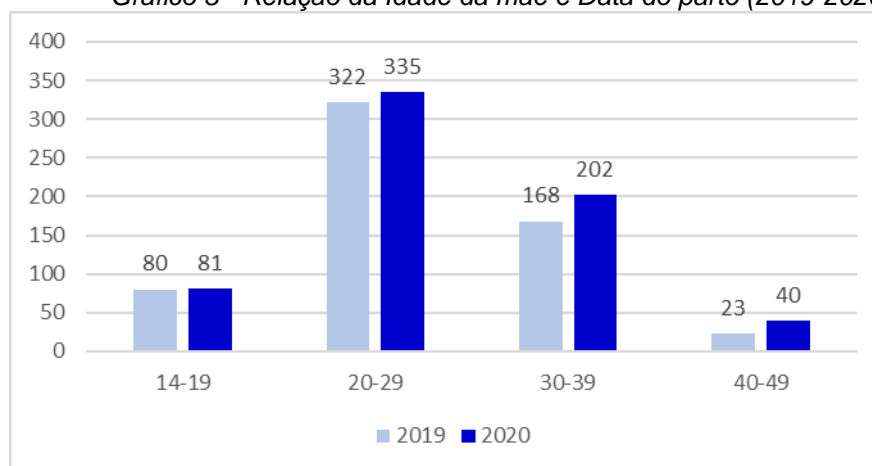


Fonte: as autoras (2023).

No tocante ao perfil epidemiológico, os dados foram separados comparando-se o ano pré-implantação da Lei e no ano de implantação da Lei.

Quanto a faixa etária das mulheres que fizeram parto cesárea, o Gráfico 3 mostra que 4% tem entre 40 e 49 anos, 28% (2019) e 31% (2020) possuem idades entre 30 e 39 anos, 54% (2019) e 51% (2020) estão na idade entre 20 e 29 anos e 13% (2019) e 12% (2020) possuem idades entre 14 e 19 anos. Os dados apresentam um crescimento na quantidade de mulheres, nascidas em 1990, ou seja, que possuem idade na casa dos 30 anos e que fizeram cesarianas se compararmos os anos de 2019 e 2020. Isso também fica claro para aquelas nascidas na década de 2000, na casa dos 20 anos.

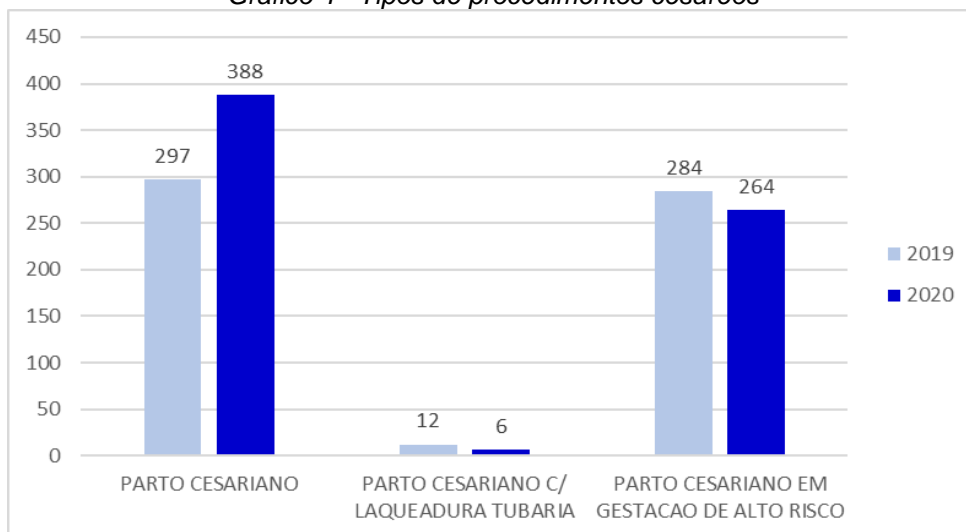
Gráfico 3 - Relação da Idade da mãe e Data do parto (2019-2020)



Fonte: as autoras (2023).

E diante dessas mulheres que fizeram cesárea, pode-se dividi-las entre aquelas que fizeram parto cesariano, parto cesariano com laqueadura tubária e parto cesariano em gestação de alto risco. Em ambos os anos, o parto cesariano teve maior ocorrência com 50% (2019) e 59% (2020), seguido pelo parto cesariano em gestação de alto risco, com 48% (2019) e 40% (2020). Isso indica que houve diminuição da execução do parto em gestação de alto risco no ano de 2020 (Gráfico 5).

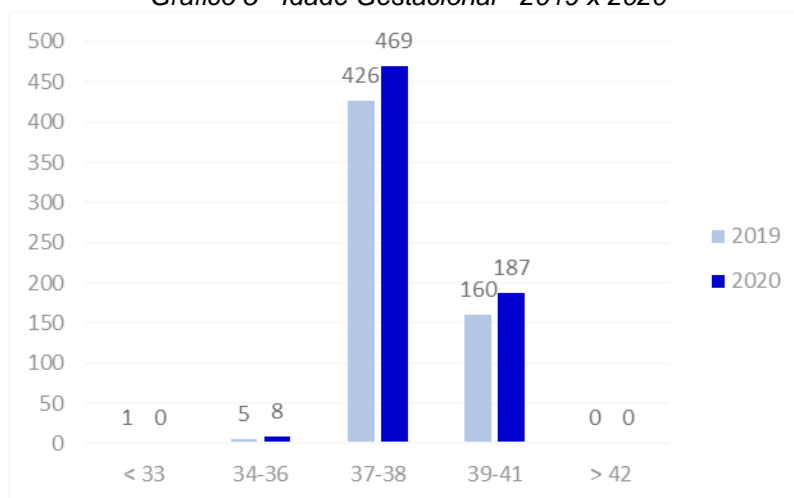
Gráfico 4 - Tipos de procedimentos cesáreos



Fonte: as autoras (2023)

Quanto a ocorrência de IG, o Gráfico 5 aponta que a maior parte dos partos cesáreos foram na 37ª semana (2019) e 38ª semana (2020), seguido pelo parto em IG nas 39ª e 40ª semanas.

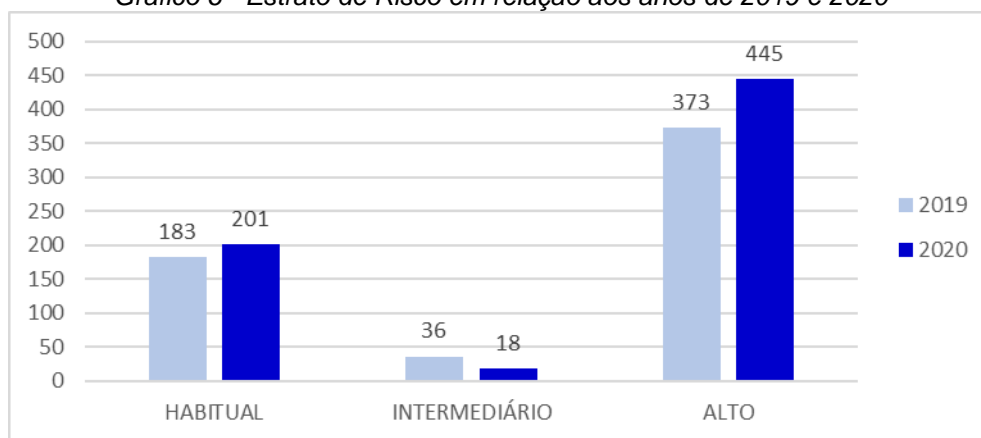
Gráfico 5 - Idade Gestacional - 2019 x 2020



Fonte: as autoras (2023)

No tocante à estratificação de risco (Gráfico 6), os dados apresentam que, nas gestações classificadas como risco habitual, foram feitas cesáreas em 31% em 2019 e 30% em 2020. Já as gestações de risco intermediário, 6% em 2019 e 3% em 2020 e, por fim, a maior parte das cesáreas foram feitas em gestações classificadas como alto risco, sendo 63 % (2019) e 67% (2020). Isso demonstra que as cesáreas podem ter ocorrido devido a gestação ser de alto risco, pois apresentam fatores clínicos relevantes e/ou apresentam fatores evitáveis que demandem intervenções de maior nível de complexidade ¹¹.

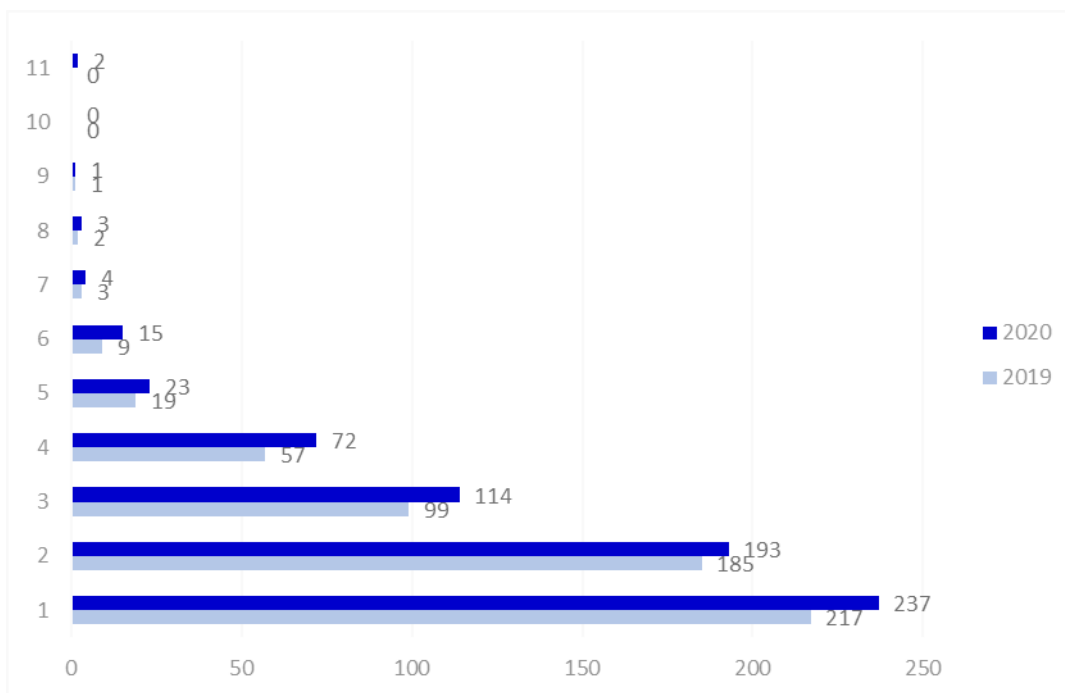
Gráfico 6 - Estrato de Risco em relação aos anos de 2019 e 2020



Fonte: as autoras (2023)

Outro fator relevante para esta pesquisa foi a identificação de número de gestações prévias tidas pelas mulheres que fizeram cesáreas nos anos de 2019 e 2020. Cabe salientar que não está indicado no sistema se as gestações foram finalizadas com o parto ou abortamento. Os dados da pesquisa mostram que a maioria das mulheres, tanto em 2019 quanto em 2020, tiveram uma gestação prévia, com 37% e 36%, seguida por duas, três e assim por diante.

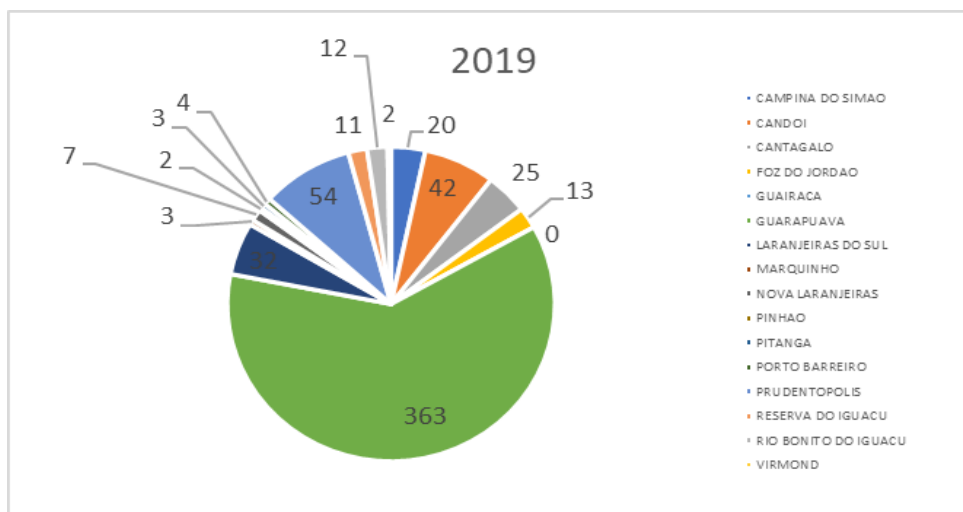
Gráfico 7 - Número de gestações prévias de mães que fizeram cesáreas em 2019 e 2020



Fonte: as autoras (2023)

Os resultados referentes ao município de procedência mostraram que a maioria das mulheres são do próprio município de Guarapuava, seguido por mulheres de Prudentópolis e Cândói em ambos os anos (Gráficos 8 e 9).

Gráfico 8 – Município de Procedência - 2019



Fonte: as autoras (2023).

É possível, portanto, concluir que essas mulheres que se encontram na idade entre 20 e 39 anos tenham solicitado o parto cesáreo em detrimento do parto vaginal, o que, antes da aplicação da Lei, era indicado pelos médicos

A maioria das cesáreas foi realizada pelo SUS, sendo um valor de 97% (1344) e 3% particulares (47). Este resultado não inclui as cesáreas realizadas na cidade de Guarapuava-PR que são empregadas em mulheres que possuem plano de saúde.

Por fim, houve um crescimento de 11% na execução de procedimentos de cesáreas de 2019 para 2020, com um valor de 593 em 2019 e 658 em 2020, o que pode indicar que houve uma maior solicitação por parte das mulheres que passaram pelo processo de parto cesáreo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou dados importantes que expressam como o SUS tem impacto significativo sobre os procedimentos dos hospitais, pois grande parte dos atendimentos em ambos os anos foram feitos nele. Entende-se também que a mudança na lei pode ter impactado na decisão pelo procedimento cesárea em 11% das mulheres que o fizeram.

O retrato importante desta pesquisa também centra na solicitação da cesárea, não necessariamente expressado por mulheres que fizeram o procedimento previamente. Contudo, é importante salientar que, dentre as que passaram pelo procedimento em ambos os anos, 60% apresentaram risco alto na gestação, e isso pode ser uma das justificativas para a aplicação desse procedimento.

Como oportunidade para futuras pesquisas, pode-se analisar estes dados e compará-los a dados de anos anteriores e posteriores, bem como, a dados de outros municípios e países. Uma pesquisa mais aprofundada sobre os motivos da escolha do procedimento cesárea, relatados por parte da equipe, poderia permitir um melhor e maior entendimento sobre a motivação. O viés da paciente poderia ser explorado, seu sentimento após a cirurgia, identificação e sequelas físicas e emocionais e, até mesmo, o impacto do conhecimento e aplicação da Lei no Estado do Paraná.

6. REFERÊNCIAS

1. CASA CIVIL DO GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. **Lei 20127 – 15 de Janeiro de 2020.** Disponível em:

<https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/listarAtosAno.do?action=exibir&codAto=230653&codTipoAto=&tipoVisualizacao=original> Acesso em: 17 out. 2023.

2. NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática**: uma análise do livro Obstetrícia, de Jorge de Rezende. História, Ciências, Saúde Manguinhos, v. 23, n. 1, p. 155172, 2016.
3. UFPR. **Operação cesariana**: rotinas assistenciais da maternidade-escola da universidade federal do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro) (org.). Disponível em: <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/operacao_cesariana.pdf> . Acesso em: 25 abr. 2021.
4. MASCARELLO, Keila Cristina et al. **Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 21, p. e180010, 2018.
5. OMS (org.). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por%20.pdf?sequence=3>. Acesso em: 22 mar. 2021.
6. OJEDA, María Fernanda; ACOSTA, Judith Elena Martínez. **Por que a taxa de partos por cesariana é alta na América Latina?**. 2019. Disponível em: <<https://helloclue.com/pt/artigos/fases/porque-a-taxa-de-partos-por-cesariana-e-alta-na-america-latina>>. Acesso em: 21 mar. 2021.
7. PASSOS, Geycielle Batista Dias dos. **Violência obstétrica**: comparativo entre os países da América do sul com o Brasil. 2020. Monografia (Bacharelado em Direito) - Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2020.
8. REIS, Gabriela Sabbatine. **Identificação de fatores preditores para partovaginal em gestantes com cesárea anterior**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2018.
9. CÂMARA, Raphael; BURLÁ, Marcelo; FERRARI, José; LIMA, Lana; AMIM JUNIOR, Joffre; BRAGA, Antonio; REZENDE FILHO, Jorge. **Cesariana a pedido materno**. Rev. Col. Bras. Cir. 43(4): 301-310, 2016.

**APÊNDICES E ANEXOS ANEXO 1 – FICHA PARA COLETA DE DADOS
PERFIL DE CESÁRIAS REALIZADAS ANTES E
APÓS A IMPLANTAÇÃO DA LEI NÚMERO 20.127/2020 EM UM MUNICÍPIO DO
PARANÁ: ESTUDO OBSERVACIONAL**

IDADE _____

IDADE GESTACIONAL EM SEMANAS _____

MUNICÍPIO

- Boa Ventura de São Roque
- Campina do Simão
- Candói
- Cantagalo
- Goioxim
- Guarapuava
- Laranjal
- Laranjeiras do Sul
- Marquinho
- Nova Laranjeiras
- Palmital
- Pinhão
- Pitanga
- Porto Barreiro
- Prudentópolis
- Reserva do Iguaçu
- Rio Bonito do Iguaçu
- Turvo
- Virmond

CONVÊNIO

- SUS
- PARTICULAR / CONVÊNIO

GESTAÇÃO(ÕES) ANTERIOR(ES)

- Sim
- Não

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- Gestações
- Aborto
- Partos
- Cesárea

VIA DE PARTO

- Normal
- Cesárea
- Cesárea com aplicação da lei 20.127/2020

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

- Habitual
- Intermediário
- Alto

DATA DO PARTO _____

ANEXO 2 – normas para publicação revista FEMINA

Título: Nos idiomas português e inglês, com no máximo 18 palavras;

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original: Nos idiomas português e inglês, os resumos dos artigos originais submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em quatro seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: O que foi feito; a questão formulada pelo investigador/

Métodos: Como foi feito; o método, incluindo o material usado para alcançar o objetivo/ **Resultados:** O que foi encontrado, o achado principal e, se necessário, os achados secundários/ **Conclusão:** O que foi concluído; a resposta para a questão formulada. Os resumos devem ser encaminhados nos idiomas português e inglês;

Descritores: As palavras-chaves do artigo devem estar de acordo no DeCS– Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>) ou Mesh-Medical Subjects Headings (<http://nlm.nih.gov/mesh>), cite no mínimo 5 nos idiomas português e inglês;

Corpo do manuscrito: Os manuscritos submetidos à Femina devem possuir no máximo 4000 palavras, com seções distintas de **Introdução, Métodos, Resultados,**

Discussão e Conclusão sendo que as tabelas, quadros e figuras da seção Resultados bem como as Referências não serão contabilizados;

Introdução: O conteúdo a ser informado nesta seção deve fornecer contexto ou base para o estudo (isto é, a natureza do problema e a sua importância); declarar o propósito específico, o objetivo de pesquisa ou a hipótese testada no estudo ou observação.

Métodos: Estruture a seção iniciando pelo tipo de delineamento do estudo; o cenário da pesquisa (local e a época em que se desenrolou); a amostra de participantes; a coleta de dados; a intervenção a ser avaliada (se houver) e também a intervenção alternativa; os métodos estatísticos empregados e os aspectos éticos de investigação.

Resultados: Para a redação da seção, apresente os resultados em sequência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações, mencionando primeiro os achados mais importantes. Não repita no texto todas as informações das tabelas ou ilustrações; enfatize ou resuma apenas observações importantes. Use apenas as tabelas e figuras necessárias para explicar o argumento do trabalho e para avaliar o seu embasamento. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser inclusas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

Discussão: Enfatize os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões deles derivadas. Não repita detalhadamente dados ou outras informações apresentados nas seções de introdução ou de resultados. Para estudos experimentais, é útil iniciar a discussão resumindo brevemente os principais achados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes, declarar as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.

Conclusão: Tem por função relacionar as conclusões com os objetivos do estudo, mas o autor deve evitar afirmações sem embasamento e conclusões que não tenham sustentação adequada pelos dados. Em especial, os autores devem evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a menos que seu original inclua análises econômicas e dados apropriados.

Referências: Para os manuscritos submetidos à Femina, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais

relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Busque citar as referências primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (auto-citação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões). Evite ultrapassar o limite de 35 referências.

ANEXO 3 – Lei nº 20127 de 15/01/2020

Altera a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica.

A Assembleia Legislativa do Estado do Paraná decretou e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º Altera o inciso VII do art. 3º da Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que passa a vigorar com a seguinte redação:

VII - o parto adequado, respeitadas as fases biológica e psicológica do nascimento, garantindo que a gestante participe do processo de decisão acerca de qual modalidade de parto atende melhor às suas convicções, aos seus valores e às suas crenças;

Art. 2º Acresce os §§ 1º, 2º, 3º e 4º ao art. 3º da Lei nº 19.701, de 2018, com a seguinte redação:

§ 1º O parto adequado mencionado no inciso VII deste artigo é aquele que:

I - promove uma experiência agradável, confortável, tranquila e segura para a mãe e para o bebê;

II - garante à parturiente o direito a ter um acompanhante durante o parto e nos períodos pré-parto e pós-parto;

III - respeita as opções e a tomada de decisão da parturiente na gestão de sua dor e nas posições escolhidas durante o trabalho de parto.(NR)

§ 2º Nas situações eletivas, é direito da gestante optar pela realização de cesariana, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos, e tenha se submetido às avaliações de risco gestacional durante o pré-natal, na forma do inciso I deste artigo.

§ 3º A decisão tomada pela gestante deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, de modo a atender as características do parto adequado.

§ 4º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo o registro em prontuário.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Palácio do Governo, em 15 de janeiro de 2020.

Carlos Massa Ratinho Junior

Governador do Estado

Carlos Alberto Gebrim Preto

Secretário de Estado da Saúde