

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____ _____
	Data de Nascimento: / / Prontuário: _____
	Convênio: _____

Termo De Consentimento Livre e Esclarecido para Parto

CONSIDERANDO:

I – A dignidade da pessoa humana como princípio fundamental da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, da Constituição Federal) e sendo inviolável o direito à liberdade (art. 5º da Constituição Federal);

II – A capacidade civil, à autonomia de vontade e o abuso de direito previstos no Código Civil brasileiro;

III – A orientação de ética médica à vontade da gestante disposta na Resolução nº 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina;

IV – O Projeto de Parto Adequado criado através da parceria firmada entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement, com a finalidade de promover maior atenção ao parto e ao nascimento com valorização do parto vaginal seguro e a redução de cesarianas sem indicação clínica¹;

V – O dever do fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou à segurança informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade (art. 9ª da Lei nº 8.078/90);

VI – As disposições do Código de Ética Médica, especialmente acerca dos deveres dos médicos previstos nos arts. 22, 24, 31 e 34, que compreendem: obter consentimento do paciente ou do seu representante legal, salvo em caso de risco iminente de morte; garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo; respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte; e informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal; e

VII – A lucidez e a capacidade cognitiva do(a) paciente/representante legal que firma o presente termo.

Eu, _____, na qualidade de () paciente () responsável² - grau de parentesco _____, data de nascimento ____/____/____, inscrito(a) no CPF nº _____, **DECLARO** ter sido devidamente informado(a) quanto ao parto adequado, em linguagem clara, objetiva e compreensível, pela equipe médica do Hospital do Círculo, que:

I - Compreendo que em razão da gravidez, para que o(s) filho(s) possa(m) nascer, é necessária a submissão ao procedimento de parto que pode por via vaginal ou cesárea, a ser realizado pela equipe médica e de enfermagem, bem como que não existe procedimento médico isento de riscos, mesmo com o uso das melhores técnicas médicas;

II - Estou ciente de que o parto vaginal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela melhor literatura médica e existem situações em que a cesárea é recomendada para salvaguardar a mãe e/ou feto, como: descolamento prematuro da placenta (quando a placenta descola antes do nascimento); placenta prévia total ou parcial (quando a placenta está localizada total ou parcialmente sobre o colo do útero, impedindo a passagem do feto); cicatriz uterina decorrente de duas ou mais cesáreas anteriores; cicatriz uterina decorrente de uma cesárea com incisão vertical sobre o útero; cicatriz uterina decorrente de incisões cirúrgicas prévias, como ocorre na retirada de miomas com preservação do útero; quando o feto se apresenta de modo anômalo (sentado ou transverso); gestações múltiplas (dois fetos ou mais), quando um ou ambos os fetos se apresentam em posição anômala (sentado ou transverso); em situações clínicas em que o prolongamento do nascimento possa causar risco de vida à parturiente; quando o estado fetal não é tranquilizador, decorrente de resultado de exame(s) sugestivo(s) de oxigenação fetal prejudicada; e quando houver evidências de desproporção entre o feto e a bacia materna (incluindo iminência de ruptura do útero).

III- Estou plenamente ciente e de acordo que a opção pela realização do PARTO VAGINAL ou PARTO CESÁREA é uma decisão que deve ser tomada pela parturiente em conjunto com o seu médico obstetra, constituindo cada procedimento:

a - A equipe médica explicou-me que pelo **PARTO VAGINAL**, o bebê passará pelo local que se chama “trajeto pélvico”, ou seja, sairá do útero, passando pelo canal vaginal até a sua saída pela vulva para o exterior do corpo e esta passagem ocorre

¹ http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/nota-atuacao-projeto-parto-adequado.pdf. Acso em 17/11/2020.

² Parentes de primeiro e segundo grau (pais, irmãos, avós e netos), tutor(a), curador(a), cônjuge ou companheiro(a).

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____ _____
	Data de Nascimento: / / Prontuário: _____
	Convênio: _____

pelas contrações (cólicas) do útero, num processo que será acompanhado em um gráfico denominado partograma - nele será controlado até que momento o parto é viável, sem previsão aproximada de tempo de trabalho de parto;

a.1 - Durante o tempo do processo de parto vaginal, a equipe dos profissionais de saúde irá frequentemente controlar o estado de saúde da mãe e do(s) bebê(s), poderão utilizar de substância(s) para desencadear e/ou coordenar as contrações uterinas, analgesia e/ou anestesia locorregional a fim de reduzir a dose dos anestésicos gerais, o que diminui significativamente o risco para a paciente, além de assegurar um controle mais eficaz da dor;

a.2 - Após a ruptura da bolsa, durante o processo de parto normal, será verificada cor do líquido amniótico (água que envolve o(s) bebê(s) dentro do útero) e poderá ser necessária a realização de toques vaginais para acompanhamento da dilatação do colo uterino. Caso seja necessário, durante o nascimento, a equipe médica poderá fazer uso do fórcepe ou do vácuo extrator para ajudar na retirada do(s) bebê(s) - o uso desses instrumentos poderão provocar lesões de pele que, em geral, se resolvem rapidamente e sem deixar sequelas, e o parto deixará de ser “normal” e será chamado de “vaginal operatório”;

a.3 - Em se tratando de parto normal poderá ocorrer, a critério do(a) médico(a) assistente e conforme necessidade, um corte na vagina e vulva (parte externa da vagina) da gestante, procedimento denominado “episiotomia”, cuja finalidade é auxiliar na saída do bebê. O mesmo sempre será comunicado à cliente. O referido procedimento poderá eventualmente apresentar complicações que, na grande maioria dos casos, são superados após o tratamento como: sangramentos, hematomas (manchas arroxeadas na pele), pontos inflamados com recuperação dolorosa ou infecção;

a.4 - Embora pouco frequente, com o procedimento do parto normal pode ocorrer a fratura da clavícula do recém-nascido, em casos de difícil extração fetal e que, na grande maioria dos casos, se restabelece em poucos dias apenas com imobilização local e, via de regra, sem deixar sequelas;

a.5 - Fui informada que o parto vaginal está algumas vezes associado às lesões da bexiga e de reto. Raramente tais lesões podem levar a incontinência urinária e/ou fecal (dificuldade de controlar a urina ou as fezes) a curto, médio ou longo prazo. Além disso, outras condições associadas são: o relaxamento e/ou disfunção do assoalho pélvico, podendo ocorrer “queda” do útero para o interior da vagina (prolapso uterino), da bexiga e/ou reto;

b - A equipe médica explicou-me que pelo **PARTO CESÁREO**, o bebê será retirado pela via abdominal, sendo realizado anestesia raquidiana ou peridural e necessário a realização de uma incisão na parede abdominal, seguido de um corte no útero.

b. 1 - A cirurgia do parto cesáreo resultará em uma cicatriz transversal ou longitudinal visível dependendo da indicação médica para tal, levando-se em conta o risco e a urgência no momento da realização da cirurgia. A cicatriz poderá sofrer formação de queleide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do(a) médico(a), visto que dependem das características pessoais do organismo de cada paciente.

b.2 - A cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo os mais comuns infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

IV - Em qualquer momento durante o trabalho de parto normal o procedimento poderá ser convertido em cesárea, seja por indicação médica, no caso de intercorrências que levam a risco de vida da mãe e/ou da criança, ou por manifestação autônoma da gestante;

V - Estou ciente das complicações mais comuns do parto, seja ele vaginal ou cesáreo, que além de infecções e hemorragias, incluem: _____

_____;

VI - A placenta, as membranas e o cordão umbilical, após o nascimento da criança são examinados e desprezados. Contudo, na eventualidade de ser necessário, por solicitação da equipe médica, eu () autorizo () não autorizo a realização de exames específicos nesses materiais;

VII - Diante das informações prestadas pela equipe de profissionais da saúde do Hospital do Círculo, por escrito e verbalmente,

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____ _____
	Data de Nascimento: / / Prontuário: _____
	Convênio: _____

as quais não deixaram dúvidas, ratifico, neste ato, a minha livre e inequívoca decisão **consentir** com a realização do () **parto vaginal** () **parto cesáreo**;

VIII - Caso se fizerem necessários, eu () autorizo () não autorizo, de forma voluntária, a tomada de procedimentos para solucionar qualquer intercorrência que eventualmente ocorra em função do procedimento realizado;

IX - Eu () autorizo () não autorizo a realização de procedimento de transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;

X - Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas à realização do procedimento e ter tido tempo para reflexão após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura; e

XI - Compreendo as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar, por escrito, este consentimento a qualquer tempo, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento.

Caxias do Sul, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente/responsável

Eu, Dr(a). _____ CRM _____

DECLARO que expliquei ao(a) Sr(a). _____, de forma clara e objetiva, sobre a indicação e a realização do parto _____ ao qual a paciente acima identificada está sujeita, bem como sobre os benefícios, riscos mais frequentes e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas. De acordo com o meu entendimento, a paciente e/ou seu(sua) responsável firmatário(a), está lúcido(a), orientado(a) e tem condições de compreender o que lhes foi informado.

Caxias do Sul, _____ de _____ de _____.

Assinatura, carimbo do(a) médico(a) e CRM

Testemunhas:

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

Cópia controlada
12/11/2021