

Fui informada pelo (a) médico (a) _____ que irei me submeter a um procedimento a ser realizado pela equipe médica e de enfermagem que pode ser um parto vaginal ou cesárea (via abdominal).

1. Durante o Trabalho de Parto: O trabalho de parto se caracteriza por contrações uterinas regulares (2 contrações a cada 10 minutos), colo uterino apagado ou com mais de 3cm de dilatação e/ou ruptura das membranas. Fui informada que entre o início do trabalho de parto e o nascimento poderá transcorrer em média de 12 a 18 horas. Durante todo esse tempo poderei contar com a presença de um acompanhante de minha livre escolha, inclusive no momento do parto. Estou ciente que para avaliar a minha condição e a do bebê a equipe médica e de enfermagem necessitará realizar avaliações periódicas como ausculta dos batimentos cardio-fetais, avaliação da dinâmica uterina, avaliação da coloração do líquido amniótico por amnioscopia (caso haja dilatação e indicação), avaliação da dilatação do colo uterino (menos frequente no início do trabalho de parto e por vezes necessária com o avançar do mesmo) através de exame conhecido como toque obstétrico, além dos sinais vitais maternos (pressão arterial, pulso, frequência respiratória).

2. No Parto Por Via Vaginal: Em situações favoráveis, o parto evolui para o nascimento do bebê via vaginal. Fui informada que poderei receber líquidos ou alimentos prescritos pelo obstetra e fornecidos pelo hospital, até 2 horas antes da analgesia se por mim solicitada. Fui informada que o uso da Ocitocina não é rotineiro, mas que pode ser necessário em caráter de correção da contratilidade uterina, assim como a necessidade de amniotomia (rotura artificial da bolsa das águas), também prescritos pelo obstetra. Poderei escolher a posição que seja mais agradável e poderei deambular durante o trabalho de parto.

3. Em situações especiais, de indução de parto, determinadas pela equipe de assistência, o trabalho de parto necessitará ser desencadeado artificialmente pela administração de medicação via endovenosa, em gotejamento contínuo ou pela administração de medicação via vaginal, ou outro método disponível, desta forma, até que se obtenha o número de contrações previstas no item 1 (trabalho de parto) poderá demandar muitas horas.

4. Durante o período expulsivo, o bebê passará pelo local que se chama trajeto pélvico, ou seja, sairá do útero, passando pela vagina até a sua saída pela vulva. Poderá ser realizada, a critério do médico assistente, com comunicação prévia, a episiotomia, que é um corte na minha vagina e vulva para ajudar na saída do bebê em casos de sofrimento fetal, fetos prematuros, fetos avaliados como macrossômicos (peso acima de 4.000g) ou ameaça de laceração de terceiro grau (quando atinge o esfíncter do ânus). Estima-se que a necessidade da episiotomia gira em torno de 10 a 15% dos partos. A incidência de lacerações perineais quando não se realiza a episiotomia é de cerca de 5 a 25%, podendo ser de primeiro até terceiro grau. O médico também poderá utilizar um instrumento chamado fórceps ou vácuo-extrator, que irá ajudar no nascimento da cabeça do bebê, caso seja necessário para evitar o sofrimento fetal. O uso destes instrumentos pode deixar "marcas" na face e crânio do recém-nascido, porém na quase totalidade dos casos estas são transitórias e não causam sequelas.

Em algumas situações não é possível a realização do parto por via vaginal, quando a evolução do trabalho de parto não é favorável, sendo então indicada uma cesariana. Para realização da cesariana, os médicos farão um corte na parede abdominal para a retirada do bebê através deste. Esta incisão causará uma cicatriz visível que poderá ser transversal ou longitudinal dependendo da indicação médica para tal, levando-se em conta o risco e a urgência do momento, sendo impossível prever-se o resultado estético, o qual depende muito do processo individual de cicatrização.

5. Estou ciente que o parto por VIA VAGINAL:

- Complicações podem ocorrer, embora sejam raras, e as mais comuns incluem hemorragias por lacerações do trajeto pélvico na passagem do bebê ou por atonia uterina (falta de contração do útero). Poderão ocorrer rotura uterina, infecções da vulva, vagina, útero e outros órgãos pélvicos, bem como, a formação de abscessos que deverão ser tratados. Pode haver, em situação extrema, mesmo após todas as medidas prestadas, a necessidade da retirada do útero para conter a progressão de uma infecção ou hemorragia graves, mesmo em uma mulher jovem, causando infertilidade definitiva.
- A passagem do feto (bebê) pelo canal do parto pode determinar lesões da bexiga, reto, ânus, esfínteres interno e externo, como também do assoalho pélvico. Estas lesões podem levar a incontinência urinária (dificuldade de controlar a urina) e/ou fecal em curto, médio ou longo prazo, em cerca de 5 a 25% dos casos, dependendo do grau da lesão. Podem também determinar prolapso uterino, “queda” da bexiga e/ou do reto. Em algumas situações nota-se um alargamento irreversível da vagina, mas isso depende da quantidade de colágeno que cada pessoa possui, sendo que não é possível antes do parto saber se isso vai acontecer ou não. Mesmo sem que a mulher tenha parto vaginal tais ocorrências poderão surgir com o avançar da idade.
- Em caso de trabalho de parto após uma cesariana prévia; existe o risco aumentado de hemorragia e rotura uterina em cerca de 1,5% dos casos e a morte fetal pode ocorrer em cerca de 0,01%.
- Durante o trabalho de parto podem ocorrer situações inesperadas relativas ao bem estar do feto. Não havendo tempo hábil para a realização da cesariana (parto abdominal), pode haver asfixia fetal ou em extremos, morte do mesmo. Estas situações são raras e incluem principalmente prolapso de cordão, descolamento prematuro da placenta, hipotensão materna em decorrência da anestesia e rotura uterina.

6. Estou ciente que o parto CESÁREA tem os seguintes riscos:

- Lesão na bexiga, intestino e outros órgãos, hemorragia uterina que pode determinar a retirada do útero causando infertilidade definitiva, na minoria dos casos. Infecção na cicatriz e/ou parede abdominal, infecções urinárias, infecção de útero e endométrio, sepse, trombose venosa, problemas respiratórios. Aderências pós-operatórias, deiscência de cicatriz, hérnia no local de cesariana, risco aumentado de placenta prévia nas gestações subsequentes com maior risco para acretismo placentário que é a invasão da placenta nas camadas mais profundas do útero podendo ultrapassar as mesmas chegando a outros órgãos como bexiga.
- Quanto ao feto, podem ocorrer lesões decorrentes das manobras de extração ou outras complicações perinatais como restrição de oxigenação, infecções, e pneumonias aspirativas.

7. Fui informada que em relação à Analgesia, podem ser utilizados métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto como banho morno, exercícios com bola, uso de banqueta. Entretanto, no momento do parto, pode ser necessária a administração de agentes anestésicos. No caso de um parto vaginal, pode ser realizada uma anestesia local para a episiotomia, quando indicada. A analgesia de parto pode ser indicada para aliviar a dor evitando bloqueio motor (permite à paciente continuar se movimentando), e pode ser realizada mesmo que não haja necessidade de episiotomia. Para a cesárea é obrigatória a administração de anestesia, cuja técnica será indicada pelo médico anestesiológico em conjunto com meu obstetra.

8. Quanto aos cuidados com o Recém-Nascido (RN), fui informada que na sala de parto haverá um (a) Médico (a) Pediatra treinado em reanimação neonatal e responsável exclusivamente pelo bebê que irá nascer. Em nascimento de múltiplos dispõe-se de pelo menos um profissional para cada bebê, assim como material individual para cada um. A sala de parto deve ser mantida a uma temperatura normal para o RN. Imediatamente após o nascimento, a necessidade de cuidados imediatos depende da avaliação do bebê, sendo então necessárias as seguintes perguntas: Tem IG > 37 semanas? Qual a coloração do líquido amniótico (mecônio)? Respira ou chora? Tem bom tônus? Se a resposta é sim a todas as perguntas, considera-se boa vitalidade, o bebê é recebido em campos estéreis aquecidos, avaliado pelo (a) Pediatra e colocado junto à mãe, sendo reavaliado continuamente quanto à necessidade de reanimação através da ausculta cardíaca e do padrão respiratório.

- O boletim de APGAR avalia cinco parâmetros de vitalidade do bebê em dois momentos (final do 1º e 5º minutos de vida) e no 10º minuto se no 5º minuto o APGAR for <7. Não é ele que determina as condutas de cuidados imediatos na sala de parto mas sim a resposta do bebê às manobras empregadas. Quando necessária reanimação do recém-nascido, este é levado a berço aquecido para atendimento médico. Monitorizam-se a oxigenação, a frequência cardíaca e padrão respiratório. Serão empregadas manobras de acordo com as necessidades do bebê (exemplo: aspiração de vias aéreas, oferta de oxigênio suplementar, intubação orotraqueal, ventilação mecânica, cateterismo umbilical, administração de medicações, massagem cardíaca) com encaminhamento posterior à UTI neonatal nas situações em que o pediatra julgar necessário. Estando o RN hígido, será encaminhado para contato pele-a-pele com a mãe.
- O clameamento do cordão pode ser realizado de 1 a 3 minutos se idade gestacional >37 semanas e boa vitalidade; 30 a 45 segundos se idade gestacional <34 semanas, exceto quando há fator prévio que indique o clameamento precoce.
- A iodopovidona 2,5% (utilizada na prevenção da conjuntivite gonocócica ou por clamídia) ocular é obrigatória por lei e administrada na sala de parto. Para haver recusa da iodopovidona devo preencher formulário específico (fornecido pelo meu médico do pré-natal) e anexar cultura negativa para Clamídia e Gonococo, entregues na internação.
- A vitamina K (utilizada na prevenção da Síndrome Hemorrágica do Recém-Nascido) (dose única) é administrada nas primeiras 6h de vida e a recomendação da sociedade de Pediatria é que seja via intramuscular.

9. Estou ciente de que deverei seguir, durante o período de internação e após a alta hospitalar, todas as recomendações e prescrições médicas, caso contrário, posso provocar danos à minha saúde e de meu filho (a).

10. Autorizo a equipe médica a indicar a transfusão de sangue ou de seus componentes, que receberei no caso de risco iminente de morte, mediante a avaliação clínica e parâmetros transfusionais.

11. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

12. Consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na literatura médica vigente e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Declaro que li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, bem como foram esclarecidas minhas dúvidas e prestadas todas explicações pertinentes, estando plenamente satisfeita com as informações recebidas.

Nome: _____

Assinatura: _____

Identidade nº: _____

Serra, ____ de _____ de _____. Hora: ____:_____

A Ser Preenchido Pelo Médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: _____

Assinatura: _____ CRM: _____

Serra, ____ de _____ de _____. Hora: ____:_____

O termo deve ser rubricado em todas as folhas pela paciente e pelo médico.