

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA O PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA

1. Diagnóstico e/ou descrição da situação clínica

- *Gravidez (idade gestacional), parto vaginal após cesariana (TP espontâneo/ indução do TP)*

2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

- O parto vaginal é um procedimento que leva ao nascimento do bebé através do canal de parto. O trabalho de parto é um processo que se inicia com o aparecimento de contrações dolorosas e regulares associadas a apagamento e dilatação do colo do útero que permitem a saída do bebé para o exterior através da vagina. Durante o trabalho do parto pode ser necessário a administração de ocitocina (fármaco similar à ocitocina produzida pela grávida) ou à rotura da bolsa de águas para assegurar uma progressão adequada da dilatação e da descida do bebé através do canal de parto.
- Na maioria das situações o parto é eutócico (“normal”) mas em circunstâncias muito específicas (ex: paragem da descida do bebé, suspeita de diminuição da oxigenação fetal, contra-indicação para realização de esforços expulsivos) pode ser necessário recorrer à utilização de instrumentos como a ventosa e/ou fórceps para a extração fetal (parto instrumentado).
- A episiotomia é um corte realizado na vagina que pode ser necessário realizar em situações em que o períneo (região que envolve a vagina) não distende o suficiente ou em situações em que esse alargamento possa auxiliar a exteriorização do feto (quer em partos eutócicos quer em partos instrumentados).
- Após a saída da placenta será administrada ocitocina com o objetivo de contrair de forma mais eficaz o útero diminuindo o risco de hemorragia após o parto.

3. Benefícios

- O parto vaginal é uma via de parto considerada segura para a gestação em curso no momento da assinatura do presente consentimento informado.

4. Riscos graves e riscos frequentes

- Rotura do útero (0,5% dos casos, com 1 cesariana anterior e 1,6% dos casos com duas cesarianas anteriores)
- Infecção em 0,7% dos casos;
- Distocia de ombros 0,6% dos casos; que em casos raros pode resultar em paralisia braço (alterações da mobilidade do braço) ou deficit de oxigenação fetal;
- Complicações hemorrágicas (5%); destas, a hemorragia uterina grave, que ocorre em 1,4% dos casos, pode justificar em 0,08% das situações a realização de histerectomia (remoção do útero); a realização de histerectomia impossibilita uma gravidez no futuro;
- Necessidade de dequitação manual (remoção manual da placenta) em 2,7% dos casos, aspiração uterina/ curetagem uterina (remoção de restos placentários) e histerectomia (em casos muito raros de acretismo placentário em que existe hemorragia grave e não é possível separar a placenta do útero).
- Laceração do esfíncter anal que em casos raros podem culminar em incontinência para gases e fezes (11,5%);

- Prolapso (descida) de bexiga/ recto/ útero: nulíparas (0,6%); 1 parto (2,5%), 2 partos (3,7%) e 3 ou mais partos (3,8%);
- Incontinência urinária: nulíparas (6,5%); 1 parto (9,7%), 2 partos (16,3%) e 3 ou mais partos (23,9%);
- Riscos do parto instrumentado (risco lacerações do esfíncter anal 6x superior no fórceps e 2x na ventosa comparativamente ao parto “normal”; em casos raros pode ocorrer hemorragia intracraniana, hemorragia do couro cabeludo, fratura craniana, lacerações do couro cabeludo/ face, paralisia nervo facial); excepcionalmente estas complicações no recém-nascido podem resultar em morte fetal;
- Embolia do líquido amniótico (1.9-6.1 por cada 100000 partos);
- Tromboembolismo (0,01%);
- Internamento em unidades de cuidados intensivos (0,1%);
- Risco de morte (0,004%);
- Aspiração de líquido pelo bebé (síndrome de aspiração meconial) em 0,25% dos casos;
- Síndrome de dificuldade respiratória (4-5:1000);
- Encefalopatia hipóxico-isquémica (<1%).

O presente consentimento não inclui as complicações associadas às técnicas de anestesia realizadas.

5. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas

A alternativa ao parto vaginal após cesariana é a realização de cesariana

6. Riscos de não tratamento

A não realização de ocitocina/ rotura de membranas pode condicionar a evolução do trabalho de parto.

A não realização de parto instrumentado quando indicado pode condicionar morbilidade ou mortalidade do bebé.

A não realização de episiotomia em situações em que ocorre pouca distensão perineal/ parto instrumentado com fórceps pode resultar em lacerações do períneo e do esfíncter anal.

A não realização de cesariana quando indicada pode condicionar morbilidade ou mortalidade do bebé.

7. Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: _____

Assinatura, número de cédula profissional: _____

Unidade de Saúde: _____

Contato institucional do profissional de saúde: _____

Data: ____/____/____

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Confirmando que li com atenção todo o conteúdo da folha informativa sobre _____ constituído por ____ páginas. Esta folha informativa foi-me entregue a ____/____/____ pelo profissional de saúde _____ e o tempo de reflexão foi de ____ dias. Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas. Tomei conhecimento de que o meu consentimento é revogável a todo o tempo

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

Nome: _____

Assinatura: _____

Doc. identificação n.º _____ Data ou validade: ____/____/____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

(Nos termos da norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde)