	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
	<b>CONSENSO PARA PLANO DE PARTO/PARTO NORMAL</b>	Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

### Descrição do Procedimento / Objetivos / Riscos e Benefícios

**O QUE É UM PARTO HUMANIZADO?** Consideraremos uma assistência humanizada ao parto, o atendimento respeitoso e consensual, com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possíveis.

a - não comprometer a segurança do processo, nem a saúde da parturiente ou do recém-nascido;

b - adotar somente rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde ou de outras instituições de excelência reconhecida (NICE, ACOG, etc);

c - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos eletivos que, resguardada a segurança do parto, lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo procedimentos médicos para alívio da dor.

**O QUE É UM PLANO DE PARTO?** Plano de parto é um documento que serve de meio de comunicação entre a gestante (ou o casal) e os profissionais de saúde (incluindo equipe de enfermagem, fisioterapeutas, doulas e médicos) que irão assistir a gestante durante o trabalho de parto e parto. De uma forma mais detalhada, o plano de parto é elaborado para que a assistência ao parto seja mais consensual, permitindo comunicar à equipe de cuidadores: a) o trabalho de parto e parto que a gestante gostaria de ter (uma carta de intenções sobre qual atendimento a gestante espera para si e para seu bebê); b) situações durante o trabalho de parto e parto que a gestante gostaria de evitar (fala sobre quais os procedimentos médicos e intervenções aceita ou não se submeter).

#### QUAL A SITUAÇÃO IDEAL E RECOMENDADA DE DEFINIÇÃO CONSENSUAL DE UM PLANO DE PARTO?

O ideal é que seja discutido previamente com o obstetra da paciente e que esta discussão se inicie o mais precocemente possível durante o pré-natal, devendo avançar a discussão durante o pré-natal.

A FEBRASGO recomenda que tanto a gestante, quando o obstetra, quando possível também o pediatra assinem o plano de parto após discussão de prós e contras entre os envolvidos.<sup>1</sup>

#### COMO PROCEDER NO CASO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO POR MÉDICO PLANTONISTA?

Na prática diária, devido a imprevisibilidade do momento do parto, uma situação não ideal (diferente do que foi recomendado acima) se nos apresenta: a assistência ao trabalho de parto realizada por um médico plantonista. *Nestes casos, não existiu tempo suficiente para exercício da boa relação médico-paciente e nem a discussão prévia sobre os pormenores da assistência ao parto, de modo a alcançar um consenso no cuidado.*

Nestas situações, deve prevalecer o bom senso, amparado pelas últimas diretrizes científicas que orientam a assistência ao parto atualmente. Antes de simplesmente cumprir ou não um plano de parto desejado, uma série de considerações devem ser levadas em conta pelo médico e equipe assistencial:

- Avaliação do cartão de pré-natal que deve estar devidamente preenchido e com exames realizados de forma adequada, para permitir alguma avaliação do risco da paciente: habitual ou alto risco;
- Condições do ambiente hospitalar, como tamanho de salas (*não disponibilizamos de salas de 14 m<sup>2</sup> como seria o ideal<sup>15</sup>*), restrições específicas para barulho e materiais e equipamentos disponíveis para uso durante a assistência;
- Adaptação do atendimento às rotinas hospitalares, que serão pautadas nas últimas diretrizes assistenciais ao parto que tenham comprovação científica ou estejam de acordo com o estado da arte da assistência;
- Condições técnicas para assistência no caso de intercorrências;
- Respeito à autonomia da paciente, mas sempre levando em consideração os riscos para terceiros (no caso, o feto) ou para a própria gestante;

f) Decisão do profissional para prover um atendimento que seja seguro para a parturiente e para o feto, em um ambiente hospitalar, podendo restringir algumas das solicitações iniciais da gestante.


#### TODO PLANO DE PARTO DEVE SER ACATADO CONFORME CONSTA NO DOCUMENTO?

Não há obrigatoriedade, mas sempre que possível sim. Deve-se levar em conta que o trabalho de parto e parto são eventos dinâmicos e mesmo os melhores planos de parto reconhecem que as coisas podem não sair de acordo com o planejado. Deve-se entender que existem situações em que as escolhas podem não ser possíveis de serem acatadas<sup>2</sup>. Nestas situações especiais, segue a premissa apresentada anteriormente, sobre o bom senso e o uso das melhores evidências científicas para um atendimento seguro para a paciente e o recém-nascido.

#### QUANDO A RECUSA DE TRATAMENTO NÃO PODERÁ SER ATENDIDA?

**ATENÇÃO:** em caso de iminente risco de morte ou de risco relevante à saúde, este termo não deverá ser preenchido e o diretor técnico ou diretor clínico deverá ser comunicado para providências legais, junto às autoridades competentes (Ministério Público, Polícia, CRM, etc).

*“Art. 11. Em situações de urgência e emergência que caracterizem iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica”<sup>9</sup>*

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>Preencher quando não houver etiqueta</b>	
	<b>CONSENSO PARA PLANO DE PARTO/PARTO NORMAL</b>	Paciente:	
		Data de Nascimento:	
		Prontuário:	

De acordo com o artigo 28 do Código de Ética Médico é direito do médico, “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”, desde que avisado previamente ao coordenador e que não se trate de emergência.

**PROCEDIMENTOS QUE REQUEREM AUTORIZAÇÃO DA GESTANTE PARA REALIZAÇÃO PELA EQUIPE MÉDICA**

**A) ADMINISTRAÇÃO DE OCITOCINA DURANTE O PARTO:** ( ) não indicada

Horário de indicação médica: \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs

**Justificativa para indicação médica:**

- ( ) para reduzir o tempo de parto nos casos de falha na progressão do primeiro estágio, após realizada amniotomia;
- ( ) na falha de progressão no período expulsivo
- ( ) outro:

Obs.: nos casos de indução do parto, já existe um termo específico que deverá ser aplicado

Assinatura de autorização da gestante:

Recusa da gestante: Entendo que a ocitocina foi indicada para acelerar/facilitar o trabalho de parto e que o não uso da medicação pode trazer impacto no tempo de parto e aumento do risco de anóxia para o recém-nascido. Por minha livre vontade, me recuso a autorizar o procedimento:

**B) AMINIOTOMIA** ( ) não indicada


Horário de indicação médica: \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs

**Justificativa para indicação médica:**

- ( ) diante da suspeita de falha de progresso no primeiro estágio. O procedimento diminui o tempo de trabalho de parto em cerca de 1 hora e pode aumentar a intensidade e dor das contrações.
- ( ) considerar ainda amniotomia para correção de contrações não efetivas
- ( ) quando há necessidade de se avaliar o líquido amniótico.
- ( ) outro:

Assinatura de autorização da gestante:

Recusa da gestante: Entendo que a amniotomia foi indicada para acelerar/facilitar o trabalho de parto ou para verificar o aspecto do líquido e que a não realização do procedimento pode trazer impacto no tempo de parto e aumento do risco de anóxia para o recém-nascido. Por minha livre vontade, me recuso a autorizar o procedimento:

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
	<b>CONSENSO PARA PLANO DE PARTO/PARTO NORMAL</b>	Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

**C) EPISIOTOMIA** ( ) não indicada

Horário de indicação médica: \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs

**Justificativa para indicação médica:**

( ) Iminência de laceração perineal (lesões de terceiro ou quarto grau, que são aqueles que comprometem a contração do músculo esfíncter do ânus).

OBS.: As lesões de terceiro e quarto grau são mais comuns em nulíparas (primeira gestação), RN macrossômicos, etnia asiática, distócia de ombro, variedade de posição occipito posterior, período expulsivo prolongado, parto com fórceps

( ) Aceleração do desprendimento da cabeça fetal (em situação fetal não tranquilizadora que sugira sofrimento fetal)

( ) Progresso insuficiente (prolongamento) do parto no segundo estágio, com cansaço materno

Assinatura do médico que indicou:

\_\_\_\_\_

**O QUE É A EPISIOTOMIA?** A episiotomia é um pequeno corte realizado pelo obstetra na região médio-lateral da vagina, com uso de tesoura ou bisturi, após aplicação de anestesia local, no momento final do parto (expulsivo). Requer ao final que seja suturado. A episiotomia não é mais realizada de rotina como antigamente. Desta forma, a episiotomia pode ser indicada pelo obstetra de forma SELETIVA, em casos específicos onde o benefício possa superar os riscos e desconfortos do procedimento. A OMS considera uma taxa ideal de episiotomia nos diversos serviços ao redor de 10% dos procedimentos.

**QUAIS AS VANTAGENS AO SE REALIZAR O PROCEDIMENTO?** Quando indicada corretamente, pode ajudar a acelerar o período expulsivo, reduzindo o sofrimento do feto quando esta for a indicação, reduzindo ou impedindo as sequelas de uma anóxia neonatal. Ou ainda, quando o risco de laceração grave de terceiro ou quarto grau no períneo for iminente pode reduzir as sequelas de uma lesão grave no períneo, que a longo prazo. O risco deste tipo de lesão pode triplicar sem episiotomia conforme série histórica no Reino Unido.


**QUAIS AS PRINCIPAIS DESVANTAGENS DECORRENTES DO PROCEDIMENTO?** Haverá necessidade de sutura do local, pode aumentar a dor no pós-operatório e pode levar a complicações crônicas como dispareunia numa pequena porcentagem dos casos.]

Declaro que entendi as vantagens e desvantagens de realização de uma episiotomia e tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Entendo que posso revogar este consentimento a qualquer momento sem necessidade de explicação, entendendo que minha decisão não incurrirá em nenhuma penalização ou prejuízo no cuidado comigo ou com o recém-nascido.

Portanto, utilizando minha autonomia na decisão compartilhada, opto por AUTORIZAR a episiotomia SELETIVA, conforme indicação médica acima:

Assinatura de autorização da gestante:

\_\_\_\_\_

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
	<b>CONSENSO PARA PLANO DE PARTO/PARTO NORMAL</b>	Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

Recusa da gestante: Entendo que a episiotomia foi indicada pelo médico para proteção perineal ou liberar a cabeça do recém-nascido no período expulsivo. Por minha livre vontade, me recuso a autorizar o procedimento em hipótese alguma, assumindo a responsabilidade pela minha decisão, mesmo entendendo que uma lesão perineal grave poderá acontecer, levando a incontinência (falta de controle) da evacuação e da urina no futuro.

Horário da assinatura: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ hs

D) ANALGESIA (EPIDURAL OU COMBINADA): aplicar TCLE específico para anestesia

E) FÓRCEPS: já consta informação no TCLE de parto normal

**PROCEDIMENTOS QUE REQUEREM AUTORIZAÇÃO DO MÉDICO OBSTETRA PARA ATENDIMENTO A PLANO DE PARTO**

**A) RESTRIÇÃO QUANTO A POSICIONAMENTO DA PACIENTE NO SEGUNDO PERÍODO (EXPULSIVO):**

(  ) Informo que por motivos de dificuldade física ou técnica para assistência (por considerar desconfortável ou por motivo de saúde) não poderei prestar assistência ao parto em posição fora do padrão da posição tradicional em litotomia (decúbito dorsal) ou semi-supina (posições que favorecem a atuação médica, principalmente quando necessário procedimentos como episiotomia e parto instrumental).

Assinatura do médico : \_\_\_\_\_

**B) RECUSA QUANTO A SER FOTOGRAFADO:**

(  ) Informo que não autorizo uso da minha imagem em fotografias

Assinatura do médico : \_\_\_\_\_

**C) RECUSA QUANTO A REALIZAR PARTO PÉLVICO VIA VAGINAL:**

(  ) Informo não estou de acordo em realizar um parto pélvico via vaginal

Entendo que não tive tempo suficiente para avaliar adequadamente todos os parâmetros de ajudam a classificar o risco deste tipo de parto (paridade, bacia óssea, atividade uterina, pensa abdominal, avaliação do feto, estado das membranas, presença de cicatrizes, experiência do obstetra ou informação sobre circulares de cordão).

Entendo que neste tipo de parto é maior o risco de ocorrência de óbito fetal anteparto, prolapso de cordão umbilical, traumas, baixos índices de Apgar ao nascimento e maior a incidência de morte neonatal quando por via vaginal.

Assinatura do médico \_\_\_\_\_

**D) RECUSA EM ACEITAR REALIZAÇÃO DE PARTO SEM ACESSO VENOSO:**

(  ) Informo que não autorizo a realização de parto sem acesso venoso garantido, pelos riscos inerentes ao procedimento e eventual necessidade de acesso garantido para emergências.

Assinatura do médico : \_\_\_\_\_

Assinatura de **CIÊNCIA da GESTANTE** sobre as escolhas do médico plantonista:

\_\_\_\_\_

Assinatura do enfermeiro responsável pela aplicação do termo:

\_\_\_\_\_