

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO



Este documento deve ser preenchido e assinado pelo médico responsável pela realização do procedimento e pelo paciente ou responsável legal, após concordância com as informações e esclarecimentos prestados.

## Procedimento:

---

---

## Riscos e complicações potenciais individuais:

---

---

### Colar aqui etiqueta

#### Quando preenchimento externo – preencher dados abaixo:

Nome:

Unidade:  Laranjeiras  Barra

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### Para Recepção Perinatal:

#### Quando preenchimento externo – acrescentar etiqueta

*Quando preenchimento interno (impressão do formulário pelo Tasy) – identificação impressa (nome completo, data de nascimento e número do prontuário).*

**DECLARO** estar ciente e esclarecida que:

**A INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO** é um conjunto de procedimentos para iniciar contrações uterinas com o objetivo de realizar o parto, antes do seu início espontâneo.

**1.** A indução do trabalho de parto é indicada quando:

- a. Há indicação de antecipar o nascimento porque os riscos maternos e/ou fetais de continuar a gravidez são maiores do que os riscos do nascimento.
- b. Não há contraindicação para o trabalho de parto e para o parto vaginal.
- c. Há preferência da paciente pelo parto vaginal em virtude dos maiores riscos de complicações maternas associados ao parto cesáreo.

**2.** Não há benefício comprovado da indução do trabalho de parto a termo sem indicação médica (indução eletiva).

**3.** O sucesso da indução do trabalho de parto depende principalmente dos seguintes fatores:

- a. Condições do colo uterino antes da indução – a indução com colo imaturo ou desfavorável é a maior causa de insucesso da indução.
- b. Estado das membranas (bolsa amnióticas) – íntegras ou rotas.
- c. Tempo limite para o início do trabalho de parto e/ou para o nascimento.

**4.** A indução eletiva abaixo de 39 semanas e colo uterino imaturo está associada a aumento de cesárea e internação do recém nascido em UTI neonatal.

**5.** Será realizada, à critério do médico assistente, avaliação do bem estar fetal antes da indução e sempre que necessário durante a mesma.

**6.** A indução do trabalho de parto é realizada pela administração de ocitocina venosa. Caso o colo uterino seja imaturo ou desfavorável, será indicado procedimento para amadurecimento do colo (uso de medicação via vaginal a base de prostaglandina e/ou método mecânico – ex. balão intracervical).

**7.** As principais complicações da indução do trabalho de parto são:

- Taquissistolia (contrações do útero com frequência acima do normal) com alteração da frequência cardíaca do feto, que pode levar a cesariana caso não haja reversão do quadro.
- Prolapo de cordão umbilical, após a rotura precoce da bolsa amniótica, com indicação de cesárea de emergência.
- Infecção intra-amniótica após rotura da bolsa ou uso de balão intracervical, com necessidade de uso de antibióticos.
- Rotura uterina – embora muito raro, existe risco maior de rotura do útero em pacientes submetidas a indução com prostaglandinas ou ocitocina.
- Histerectomia – retirada cirúrgica do útero com perda da capacidade de engravidar, no caso de rotura uterina, infecção ou hemorragia graves não-controladas com métodos disponíveis.
- Complicações do parto vaginal.

**8.** É classicamente considerado insucesso da indução a incapacidade de iniciar o trabalho de parto após duas horas de uso de dose máxima de ocitocina. Contudo, ficará à critério do meu médico assistente a identificação da falha na indução.

**9.** A indução do trabalho de parto poderá ser interrompida a qualquer momento, caso seja minha vontade, com opção pelo parto cesáreo.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeita(a) com a informação recebida e que comprehendo os riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições CONSENTO que se realize a INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO pela equipe obstétrica assistente.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos.

Paciente ou Representante ou Responsável

Médico Assistente  
(carimbo e assinatura)

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos  
Revogação desse consentimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos