

|                                                                                   |                                                                                                                                |                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b></p> <p align="center"><b>LAQUEADURA TUBÁRIA</b></p> | <p align="center"><b>Padrão nº:</b><br/>FOR.GOV.C.020</p> <hr/> <p align="center">Página 1 de 4</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

Este Termo de Consentimento Informado tem por objetivo informar ao paciente e/ou ao seu responsável/representante legal, quanto aos principais aspectos (definição, objetivos, benefícios, riscos, efeitos colaterais e complicações) do procedimento de **LAQUEADURA TUBÁRIA** a qual o paciente será submetido pela equipe médica do Hospital Unimed em Petrolina. Ressalta ainda que, caso o paciente seja menor de 18 anos, portador de doença física ou mental que comprometam o entendimento, pessoa inconsciente ou severamente debilitada, a responsabilidade de autorização será do familiar responsável (pai,mãe) ou responsável legal.

**Definição:** Também conhecida como ligadura de trompas ou esterilização tubária, é um procedimento cirúrgico que impede a gravidez de forma permanente, bloqueando as trompas de Falópio.

**Objetivo:** É a contracepção permanente, ou seja, evitar a gravidez de forma definitiva. O procedimento impede o encontro do óvulo com o espermatozoide, bloqueando as trompas de Falópio, que são responsáveis por levar o óvulo do ovário ao útero.

#### **Como é feito?**

O procedimento pode ser realizado através de diferentes técnicas, sendo as mais comuns a laparoscopia e a laparotomia. São técnicas para realização da Laqueadura Tubária:

- **Laparoscopia:** Utiliza pequenas incisões no abdômen para inserir um laparoscópio (instrumento com câmera) e outros instrumentos cirúrgicos. O médico visualiza as trompas e as bloqueia com cliques, anéis, cauterização ou corte e sutura. É considerada uma técnica minimamente invasiva, com recuperação mais rápida.
- **Laparotomia:** Realizada através de uma incisão maior no abdômen, permitindo acesso direto às trompas de falópio. A cirurgia pode ser feita por minilaparotomia (incisão menor) ou laparotomia tradicional.
- **Vaginal:** O acesso às trompas é feito pela vagina, evitando incisões abdominais.

**Indicações do procedimento:** As principais indicações são:

- **Desejo de contracepção definitiva:** A principal indicação é o desejo da mulher de não ter mais filhos.
- **Riscos à saúde em futuras gestações:** Em alguns casos, a gravidez pode representar riscos à saúde da mulher ou do bebê, como em casos de doenças graves, e a laqueadura pode ser recomendada.
- **Idade e número de filhos:** A lei brasileira permite a realização da laqueadura em mulheres com 21 anos ou mais ou com pelo menos dois filhos vivos.
- **Indicação médica:** A decisão final sobre a realização da laqueadura deve ser tomada em conjunto com o médico, após avaliação da saúde da paciente e discussão sobre os riscos e benefícios do procedimento.

**Benefícios:** Os principais benefícios da laqueadura incluem a eficácia contraceptiva definitiva, a eliminação da necessidade de outros métodos contraceptivos e a liberdade para a mulher planejar sua vida reprodutiva sem preocupações com gestações indesejadas.

|                                                                                   |                                                                                               |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|  | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E<br/>ESCLARECIDO (TCLE)</b><br><br><b>LAQUEADURA TUBÁRIA</b> | <b>Padrão nº:</b><br>FOR.GOV.C.020<br><br>Página 2 de 4 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

**Riscos e Complicações:** Embora seja considerada segura, é importante estar ciente dessas questões antes de decidir por este método contraceptivo.

- **Complicações cirúrgicas:** Podem ocorrer infecção, sangramento excessivo (hemorragia), lesão de órgãos próximos (como bexiga, intestino ou útero) e reações adversas à anestesia.
- **Falha no procedimento:** Em casos raros, as trompas podem se reconectar ou a ligadura pode não ser eficaz, resultando em gravidez, incluindo gravidez ectópica (fora do útero), que é uma condição perigosa.
- **Mudanças no padrão menstrual:** Algumas mulheres relatam alterações no fluxo menstrual, como aumento do fluxo ou cólicas mais intensas, após a laqueadura.
- **Problemas emocionais e psicológicos:** A irreversibilidade do método pode gerar frustração ou arrependimento em algumas mulheres, levando a problemas emocionais e conjugais.
- **Risco de trombose:** Embora raro, pode ocorrer trombose venosa profunda em algumas pacientes.

**O que pode acontecer se não realizar o procedimento:** Se a laqueadura tubária não for realizada após a decisão de interromper a gravidez, a mulher pode engravidar novamente.

**Cuidados a serem tomados pelo paciente após a realização do procedimento:**

Cuidados com a ferida cirúrgica:

- **Limpeza:** Mantenha a área da incisão limpa e seca, lavando com água e sabão neutro e secando cuidadosamente com uma toalha limpa.
- **Curativos:** Siga as orientações do médico sobre a troca e cuidados com os curativos.
- **Evite banhos de imersão:** Evite banhos de banheira, piscinas e outros locais onde a ferida possa ficar submersa até a completa cicatrização.

Repouso e atividades:

- **Repouso:** É fundamental respeitar o período de repouso recomendado pelo médico, que geralmente inclui evitar atividades físicas intensas e levantar peso por um período determinado. A retomada das atividades diárias deve ser gradual, seguindo as orientações do médico.
- **Pequenas caminhadas:** Após a alta hospitalar, caminhar levemente dentro de casa pode ajudar a prevenir complicações como trombose, mas evite esforços excessivos.

Alimentação:

- **Alimentação equilibrada:** Mantenha uma dieta variada e saudável para auxiliar na recuperação.
- **Hidratação:** Beba bastante líquido, especialmente água, para ajudar na recuperação e evitar a constipação.

Outros cuidados:

- **Medicamentos:** Siga rigorosamente a prescrição médica para o uso de analgésicos e outros medicamentos necessários para o controle da dor e outros sintomas.
- **Controle da dor:** A dor é comum no pós-operatório, mas pode ser gerenciada com medicamentos prescritos pelo médico.

|                                                                                   |                                                                                               |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|  | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E<br/>ESCLARECIDO (TCLE)</b><br><br><b>LAQUEADURA TUBÁRIA</b> | <b>Padrão nº:</b><br>FOR.GOV.C.020<br><hr/> Página 3 de 4 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

- **Acompanhamento médico:** Compareça às consultas de acompanhamento para avaliação da cicatrização, controle de sintomas e detecção de possíveis complicações.
- **Sintomas de alerta:** Fique atenta a sinais de infecção, como febre, vermelhidão na ferida, dor intensa ou secreção, e procure assistência médica imediatamente.
- **Relações sexual:** Converse com seu médico sobre a retomada da atividade sexual e utilize lubrificantes, se necessário, para evitar desconforto.

É importante lembrar que a recuperação de uma histerectomia pode variar de mulher para mulher. Seguir as orientações médicas e manter um acompanhamento adequado são fundamentais para uma recuperação segura e eficaz

**DECLARO QUE:**

1. Após a realização da devida avaliação médica fui informado da necessidade e indicação do procedimento denominado laqueadura tubária;

2. Recebi todas as informações necessárias relacionadas ao procedimento, tais como: definição, como será feito, benefícios, possíveis intercorrências e eventuais complicações. Tudo foi devidamente esclarecido. Todas as minhas perguntas foram detalhadamente respondidas e as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente;

3. Fui esclarecido que, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais, inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário procedimento cirúrgico;

4. Tenho consciência que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento pode ter complicações inesperadas, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte;

5. Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábitos do paciente, presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso ou já utilizadas, e fui avisado que qualquer omissão ou informação equivocada poderá trazer graves prejuízos ou comprometer o resultado do tratamento;

6. Estou plenamente informado e satisfeito com as informações recebidas e sei que poderei esclarecer quaisquer novas dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento;

7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento ou parte dele, que especificarei, desistindo do tratamento, desde que não haja risco de vida. Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização de **LAQUEADURA TUBÁRIA**. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

|                                                                                   |                                                                                           |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b><br><br><b>LAQUEADURA TUBÁRIA</b> | <b>Padrão nº:</b><br>FOR.GOV.C.020 |
|                                                                                   |                                                                                           | Página 4 de 4                      |

**LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMOS, AUTORIZO EXPRESSAMENTE O PROCEDIMENTO PROPOSTO.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>1. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido 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 este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.</p> <p>2. Em <b>havendo necessidade de hemotransfusão sanguínea</b>, qual a sua opção:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>ACEITO</b> receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, caso a equipe médica considere necessário para meu tratamento, estando ciente dos benefícios, riscos e alternativas explicadas.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>RECUSO</b> receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, mesmo que isso possa comprometer minha saúde ou colocar minha vida em risco, por motivos pessoais, religiosos ou outros. Declaro estar ciente das possíveis consequências da recusa e assumo total responsabilidade por essa decisão.</p> <p>Paciente: _____</p> <p>Responsável (Grau de Parentesco): _____</p> <p>RG: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>Assinatura: _____</p> <p>Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____</p> |
| <b>MÉDICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>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.</p> <p>Nome do Médico: _____</p> <p>Assinatura: _____</p> <p>Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |