



HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS
“WALDEMAR SEYSSEL- ARRELIA”
TERMO DE COMPROMISSO,
RESPONSABILIDADE E CONDUTA DA
DOULA

O presente Termo tem o objetivo de informar e garantir que a Doula esteja devidamente ciente de seus direitos e deveres na Instituição durante o período em que acompanhará a paciente em seu processo de parto.

REQUISITOS LEGAIS

Todas as paciente têm o direito do apoio de uma Doula durante seu trabalho de parto, parto e pós parto imediato, Lei Estadual nº 16.869, de 15 de janeiro de 2016. Para que a Doula possa ter acesso ao PPP, Pré- Parto, Parto e Pós Parto Imediato do Hospital Maternidade Interlagos, é necessário que ela tenha conhecimento sobre seus direitos e deveres na instituição, conforme o Protocolo de Doulas.

Eu, _____ portadora do RG: _____ e
CPF: _____ devidamente cadastrada na Instituição de
Ensino _____ declaro para os devidos fins que:

1. Prestarei assistência emocional e psicológica durante o trabalho de parto, parto e pós- parto imediato a paciente:
_____ RG: _____
2. Possuo formação da Instituição de ensino _____, habilitada como Doula, para prestar assistência emocional e psicológica, a paciente no pré-parto, parto e pós parto imediato.
3. É vedada qualquer atividade ou interferência que contrarie o atendimento médico-hospitalar, determinado pela equipe médica ou de enfermagem durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.
4. As atividades e funções exercidas pela Doula se restringirão à assistência emocional e psicológica da parturiente, ficando vetado atos médicos ou de enfermagem tais como: indicar ou realizar exames; orientar quanto a procedimentos médico-hospitalares; utilizar ou manusear equipamentos cirúrgicos, médicos ou de monitoramento, ministrar medicamentos, bem como fica **vetado** qualquer orientação diversa daquela dada pela equipe médica ou de enfermagem, mesmo que a Doula possua capacidade técnica



ou acadêmica para exercer tais atividades.

5. Seguirei as recomendações da equipe médica-hospitalar e de enfermagem, comprometendo-me a garantir a segurança e bem-estar da parturiente e do recém-nascido.
6. Tenho ciência e concordo que ficará a critério exclusivo da equipe médica e de enfermagem autorizar a entrada, no PPP e Pré-Parto, de: equipamentos, aparelhos (sons), materiais (creme, óleos relaxantes, bolsas térmicas) por mim levados. Comprometo-me ainda, a suspender, a qualquer momento, atividade que não esteja contribuindo para o parto, atendendo à solicitação da equipe médica e de enfermagem.
7. Havendo intercorrências durante o parto, tanto com o recém-nascido como com a parturiente, a Doula deverá atender sem oposições ou questionamentos as determinações da equipe responsável.
8. Estou ciente que no Centro Obstétrico, comporta apenas, ou o acompanhante ou a Doula e a escolha será feita pela parturiente.
9. Tenho ciência que não posso utilizar imagens do Hospital, em qualquer mídia digital ou escrita.
10. Declaro que o acompanhamento que darei à parturiente acima identificada decorre de vontade da mesma e de seus familiares, conforme Protocolo de Doulas e autorização da Instituição, sem qualquer vínculo empregatício, com o Hospital Maternidade Interlagos.
11. Tenho ciência que o Hospital Maternidade Interlagos é 100% SUS e não pratica qualquer cobrança, por qualquer tipo de procedimento realizado.
12. A doulagem durante o Parto e período Pós-Parto é reconhecida e recomendada pelo HMI, Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Nome/Assinatura da Doula