

TERMO DE CONDUTA

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

À Diretoria de Atenção à Saúde do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - Mater

Eu, _____, R.G. _____, C.P.F. _____, nascida em ____/____/____, venho respeitosamente solicitar autorização para acompanhar, como doula, a Sra. _____, R. G. _____, com programação de internação no Centro de Referência da Saúde da Mulher – Mater.

Para tanto, declaro que:

- 1) Tenho treinamento para atuação como doula, documentado em cópia de certificado / declaração em anexo;
- 2) Tenho ciência de que todos os atendimentos prestados no CRSMRP-Mater são realizados pelo Sistema Único de Saúde e, portanto, gratuitos e não receberei nenhuma vantagem financeira ou honorário, diretamente da Instituição, pelo serviço de doula prestado dentro da instituição;
- 3) Compreendo que a equipe tem autonomia para propor as condutas ao longo do trabalho de parto, assistência ao parto e recepção ao recém-nascido e que a equipe procurará esclarecer à paciente o que for realizado, mas que em situações de urgência e emergência, esta comunicação poderá ser postergada para depois da estabilização do quadro;
- 4) Procurarei auxiliar a equipe de plantão em manobras não farmacológicas para alívio de dor na gestante a que me proponho a acompanhar e, na dependência de demanda pela equipe, orientar e auxiliar com outras pacientes internadas no mesmo quarto, desde que consentido por elas;
- 5) Não entrarei em embate com a equipe de plantão questionando suas condutas, mas me disponho a intermediar as conversas entre a gestante e a equipe para facilitar os esclarecimentos das condutas propostas;
- 6) Entendo que, sendo instituição pública, o CRSMRP-Mater está sujeito às legislações em vigor quanto a protocolos assistenciais à gestante e recém-nascido;
- 7) Estou ciente da necessidade de uso de calçados fechados, cabelos presos e proibição de adornos como brincos, anéis, pulseiras e colares, conforme Norma Resolutiva nº 32 do Ministério do Trabalho;
- 8) Terei total comprometimento com o sigilo de informações das pacientes internadas com quem tiver contato durante minha permanência na maternidade, sabendo que, sem autorização da mesma, não posso divulgar seu nome, dados clínicos e fotos, nem mesmo expor a equipe de plantão sem anuência;
- 9) Minha presença, quando autorizada, não implicará em prejuízo à gestante, que poderá ainda escolher um(a) acompanhante, conforme legislação vigente;
- 10) Estou ciente de que não há qualquer cobrança por parte da instituição quanto à minha presença e que utilizarei as vestimentas fornecidas pela instituição adequadas ao ambiente, também sem qualquer cobrança financeira;
- 11) Ao acompanhar a gestante em sala de parto, respeitarei as normas de biossegurança, seguirei as orientações da equipe de assistência quanto ao posicionamento e comportamento em ambiente cirúrgico e que, caso a equipe me solicite, a fim redução de

- risco de infecção pelo número de pessoas na sala, deixarei a sala e retornarei quando houver liberação;
- 12) Independente de minha formação complementar, estou ciente de que a autorização de minha entrada decorre exclusivamente para atuação como doula, estando vetada qualquer atuação técnica ou realização de procedimentos;
 - 13) Sendo minha presença voluntária e a pedido da gestante, ela não caracteriza qualquer vínculo de prestação de serviços, empregatício ou semelhante com o CRSMRP-Mater ou com a FAEPA e, desde já, eximo os mesmos de responsabilidades trabalhistas ou quanto a eventuais acidentes de trabalho;
 - 14) Tenho conhecimento da Lei Municipal n.º 14.444/2020 e das normas e rotina de funcionamento da maternidade. Comprometo-me a cumpri-las e não interferir nas condutas e rotinas obstétricas desta instituição.

Doula Voluntária

Autorizado por: _____

Data: _____