

|                     |                                                                                                  |                              |                             |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>Procedimento Operacional Padrão</b>                                                           | POP.UMI.OBST.017 - Página1/7 |                             |
| Título do Documento | ACESSO E ATUAÇÃO DA DOULA NA MATERNIDADE DO HULW DURANTE O PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS PARTO IMEDIATO | Emissão: 28/09/2021          | Próxima revisão: 28/09/2023 |
|                     |                                                                                                  | Versão: 01                   |                             |

## 1. OBJETIVO(S)

Padronizar o acesso da doula voluntária à Maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) determinando a documentação necessária, bem como as atribuições da mesma e da equipe envolvida.

## 2. MATERIAL

- EPIs – Equipamentos de Proteção Individual (máscara e óculos de proteção devem ser trazidos pela doula);
- Carteira de vacinação contra COVID 19;
- Documentação comprobatória de habilitação ao exercício da atividade;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (Anexo 2) (atuação da doula durante trabalho de parto, parto e pós-parto imediato);
- Bola suíça, chuveiro e banqueta de parto disponíveis na maternidade do HULW.
- Rebozo, óleo para massagem, musicoterapia e outros acessórios utilizados no processo de doulagem.

## 3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

### 3.1 – Recepção

- Solicitar documentação comprobatória de habilitação ao exercício da atividade (crachá ou certificado);
- Encaminhar a doula para a sala de triagem COVID-19 para realização do checklist de sintomas (Anexo 1);
- Liberar a entrada para a maternidade após triagem de sintomas, assinatura do TCLE e comunicar à equipe de enfermagem da ALA B (ramal: 632).

### 3.2 – Equipe triagem covid

|                     |                                                                                                  |                               |                             |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>Procedimento Operacional Padrão</b>                                                           | POP.UMI.OBST.017 - Página 2/7 |                             |
| Título do Documento | ACESSO E ATUAÇÃO DA DOULA NA MATERNIDADE DO HULW DURANTE O PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS PARTO IMEDIATO | Emissão: 28/09/2021           | Próxima revisão: 28/09/2023 |
|                     |                                                                                                  | Versão: 01                    |                             |

- Realizar o checklist de sintomas relacionados à Síndrome Gripal e exposição a contactantes suspeitos ou confirmados;
- Se triagem positiva informar que a doula deve ser substituída de acordo com as normas da instituição;
- Solicitar e checar o cartão de vacinas;
- Fornecer TCLE e solicitar a ciência e assinatura da doula (Anexo 2);
- No que diz respeito às diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados, oferecer para leitura as recomendações constantes do Parecer nº 52/2021/SJAA/CONJUR/PRES-EBSERH (15766407).

### 3.3 – Enfermagem

- Receber a doula, levar até a paciente e apresentar à equipe;
- Ter ciência da Lei das doulas e as atribuições da mesma;
- Respeitar a decisão da mulher;
- Anexar o TCLE (Anexo 2) ao prontuário da paciente.

### 3.4 – Médico Obstetra

- Ter ciência da Lei das doulas e as atribuições da mesma;
- Respeitar a decisão da mulher.

### 3.5 - Doula

- Identificar-se na recepção do HULW como doula voluntária mostrando documento de comprovação de habilitação;
- Passar pela triagem de sintomas e apresentar a carteira de vacinação contra COVID-19;
- Ler e assinar TCLE (Anexo 2);
- Conhecer e cumprir a Lei Geral de Proteção de Dados, bem como seguir os protocolos institucionais na assistência ao parto publicados no site HULW;

|                     |                                                                                                  |                              |                             |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>Procedimento Operacional Padrão</b>                                                           | POP.UMI.OBST.017 - Página3/7 |                             |
| Título do Documento | ACESSO E ATUAÇÃO DA DOULA NA MATERNIDADE DO HULW DURANTE O PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS PARTO IMEDIATO | Emissão: 28/09/2021          | Próxima revisão: 28/09/2023 |
|                     |                                                                                                  | Versão: 01                   |                             |

- Trazer seus EPIs (máscara e óculos de proteção);
- Exercer a função de doulagem:
  - Oferecer apoio físico, informacional e emocional à mulher durante seu ciclo gravídico puerperal e, especialmente, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, através de suporte contínuo, visando uma melhor evolução desse processo e o bem-estar da parturiente;
  - Podem utilizar, junto com a equipe médica e de enfermagem, a bola suíça, chuveiro e banqueta de parto disponíveis na maternidade do HULW.
  - Podem trazer e utilizar, se a parturiente desejar, rebozo, óleo para massagem, musicoterapia e outros acessórios utilizados no processo de doulagem.
  - Não executar qualquer procedimento específico de profissional de saúde: toque vaginal, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, verificação de sinais vitais, administração de medicamento, solicitação de exames, etc;
  - De acordo com o artigo 3º citado na Lei Municipal de João Pessoa - PB nº 13.080/2015 que diz ser "vedada às doulas a realização de procedimentos médicos, fisioterapêuticos ou clínicos".
- Não discutir ou questionar procedimentos com a equipe médica e de enfermagem;
- Não tomar decisão pela mulher / casal;
- A doula tem o direito de estar ao lado da mulher caso seja necessária uma cesariana.

### 3.5 – Observações

- A doula não substitui o acompanhante! A mulher tem o direito de ter o acompanhante E a doula de sua escolha.
- A presença da Doula na maternidade, sempre que solicitado pela gestante, é assegurada pelas leis nº 13.080 de 27/10/2021 (municipal) e nº 10.648 (estadual).
- A Lei Municipal de João Pessoa - PB nº 13.080/2015 em seu artigo 1º, § 2º diz que as "doulas são profissionais escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes", porém, há restrição, por meio do seu artigo 4º, § 2º, em que a prestação dos serviços na rede pública à forma voluntária, o que deve ser observado pelo hospital.



|                     |                                                                                                  |                              |                             |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>Procedimento Operacional Padrão</b>                                                           | POP.UMI.OBST.017 - Página4/7 |                             |
| Título do Documento | ACESSO E ATUAÇÃO DA DOULA NA MATERNIDADE DO HULW DURANTE O PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS PARTO IMEDIATO | Emissão: 28/09/2021          | Próxima revisão: 28/09/2023 |
|                     |                                                                                                  | Versão: 01                   |                             |

#### 4 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Relatório de Recomendação**. Brasília (DF). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal.Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf).

PARAÍBA. **Lei Estadual nº 10.648/2016** - Dispõe sobre a presença de Doulas durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nas maternidades da rede pública e privada do Estado da Paraíba e dá outras providências.

JOÃO PESSOA. **Lei Nº 13.080, 27 de outubro de 2015** - Permissão da presença de doulas durante todo o ciclo gravídico puerperal, acompanhamento de consultas e exames do pré-natal, trabalho de parto e pós-parto, que tenha sido solicitado pela gestante.

EBSERH. **Norma Operacional NO.SGQVS.001**. Trata da elaboração e controle de documentos institucionais da EBSERH. 2019.

#### 5 HISTÓRICO DE REVISÃO

| VERSÃO | DATA       | DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO                         |
|--------|------------|------------------------------------------------|
| 01     | 28/09/2021 | Elaboração do documento.                       |
| 02     | 07/10/2021 | Ajustes após parecer do setor jurídico EBSERH. |



|                     |                                                                                                  |                              |                             |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>Procedimento Operacional Padrão</b>                                                           | POP.UMI.OBST.017 - Página5/7 |                             |
| Título do Documento | ACESSO E ATUAÇÃO DA DOULA NA MATERNIDADE DO HULW DURANTE O PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS PARTO IMEDIATO | Emissão: 28/09/2021          | Próxima revisão: 28/09/2023 |
|                     |                                                                                                  | Versão: 01                   |                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Elaboração / Revisão</b><br>Ana Lúcia de Medeiros<br>Laisa Ribeiro de Sá<br>Monica Janine Andrade de Freitas Oliveira<br>Raissa Bastos Oliveira<br>Renata de Medeiros Wanderley Gadelha<br>Sabina Bastos Maia<br>Suellida Mangueira de Lima                                                                                                                              | Data: 28/09/2021 |
| <b>Validação</b><br>Larycia Vicente Rodrigues – Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                          | Data: 28/09/2021 |
| <b>Aprovação</b> (Nome, Função, Assinatura)<br><br><b>Analyane Cibelle Medeiros Braga</b><br>Chefe da Div. d e Gestão do Cuidado<br>HULW / EBSERH-Mat. 1445721<br><br>Analyane Cibelle Medeiros Braga<br>Chefe da   Divisão de Gestão do Cuidado / HULW / EBSERH<br>Matrícula nº 1445721 | Data: 07/10/2021 |



|                     |                                                                                                  |                               |                             |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | Procedimento Operacional Padrão                                                                  | POP.UMI.OBST.017 - Página 6/7 |                             |
| Título do Documento | ACESSO E ATUAÇÃO DA DOULA NA MATERNIDADE DO HULW DURANTE O PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS PARTO IMEDIATO | Emissão: 28/09/2021           | Próxima revisão: 28/09/2023 |
|                     |                                                                                                  | Versão: 01                    |                             |

## ANEXO 1 - CHECKLIST – FORMULÁRIO DE TRIAGEM DE SINTOMAS

### FICHA DE IDENTIFICAÇÃO INICIAL PARA TRIAGEM DE SÍNDROME GRIPAL

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data de atendimento: \_\_\_\_\_

Motivo da procura ao hospital: \_\_\_\_\_

☐ GESTANTE ☐ PUÉRPERA ☐ ACOMPANHANTE ☐ OUTRO \_\_\_\_\_

Febre ☐ Não ☐ Sim Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Tosse ☐ Não ☐ Sim Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Coriza ☐ Não ☐ Sim Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Fadiga ☐ Não ☐ Sim Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Dificuldade de respirar ☐ Não ☐ Sim Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Grupo de Risco ☐ Não ☐ Sim Se sim, quais? ☐ Doenças Crônicas ☐ Hipertensão  
☐ Diabetes

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PROFISSIONAL



|                     |                                                                                                  |                               |                             |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | Procedimento Operacional Padrão                                                                  | POP.UMI.OBST.017 - Página 7/7 |                             |
| Título do Documento | ACESSO E ATUAÇÃO DA DOULA NA MATERNIDADE DO HULW DURANTE O PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS PARTO IMEDIATO | Emissão: 28/09/2021           | Próxima revisão: 28/09/2023 |
|                     |                                                                                                  | Versão: 01                    |                             |

## ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### (ATUAÇÃO DA DOULA DURANTE TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO)

|                     |                                                                        |                     |                                                                              |  |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------|--|
|                     |                                                                        |                     | UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA<br>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO<br>WANDERLEY |  |
| Tipo do Documento   | Termo de Consentimento Informado                                       |                     | TCLE.UMI.002 – Página 1/2                                                    |  |
| Título do Documento | ATUAÇÃO DA DOULA DURANTE TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO | Emissão: 07/10/2021 | Próxima revisão: 07/10/2023                                                  |  |
|                     |                                                                        | Versão: 1ª          |                                                                              |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Identificação da Paciente:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |
| Nome: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Data Nascimento: _____     |
| Endereço: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Prontuário: _____          |
| Nome da mãe: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CPF: _____ Telefone: _____ |
| <b>Identificação da Doula Voluntária:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            |
| Nome: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Idade: _____               |
| Endereço: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            |
| CPF: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | RG: _____ Telefone: _____  |
| Grau de Parentesco: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            |
| <b>Declaro para os devidos fins que:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Sou DOULA VOLUNTÁRIA escolhida pela paciente e venho acompanhá-la na maternidade de HULW.</li><li>De acordo com a Nota Técnica nº 8/2020-CO-3MUC/GC/IV/DAPE/3/SAP/3/MS deverá haver restrição à circulação de pessoas no hospital pelo risco de contágio pelo vírus SARS-CoV-2, porém, declaro que, amparada pelas Leis Municipal e Estadual, desejo permanecer na maternidade junto à paciente e utilizando os equipamentos de proteção individuais adequados.</li><li>Para ter acesso às dependências do hospital necessito apresentar documentação comprobatória de habilitação ao exercício da atividade, não apresentar sintomas de síndrome gripal e passar pela triagem de sintomas conforme protocolo institucional. (POP.UMI.OBST.017 - ACESSO E ATUAÇÃO DA DOULA NA MATERNIDADE DO HULW DURANTE O PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS PARTO IMEDIATO).</li><li>O Hospital Universitário Lauro Wanderley não oferece e nem contrata qualquer serviço de Doula, fui escolhida pela paciente e não tenho vínculo com o HULW.</li><li>De acordo com a Lei Municipal de João Pessoa - PB nº 13.080/2015 em seu artigo 1º, § 2º que as "doulas são profissionais escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes", há restrição, por meio do seu artigo 4º, § 2º, a prestação dos serviços na rede pública à forma voluntária, o que deve ser observado pelo hospital.</li><li>Devo observar e me submeter a todos os protocolos de atendimento do trabalho de parto, parto e pós-parto do Hospital Universitário Lauro Wanderley, não interferindo no fluxo institucional.</li><li>Não participarei ativamente do parto e não vou interferir nas condutas da equipe assistente, sendo permitido apenas a função de <b>doula</b> (apoio físico, informacional e emocional) à pessoa durante seu ciclo gravídico puerperal e, especialmente, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, através de suporte contínuo, visando uma melhor evolução desse processo e o bem-estar da parturiente). De acordo com o artigo 3º citado na Lei Municipal de João Pessoa - PB nº 13.080/2015 que diz ser "vedada às doulas a realização de procedimentos médicos, fisioterapêuticos ou similares".</li><li>No que diz respeito às diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados, devo observar as recomendações constantes do Parecer nº 52/2021/3JAA/CONJUR/PRES-EBSERH (15766407) que me foi ofertado para leitura.</li></ul> |                            |
| <div style="text-align: center;">_____<br/>Assinatura da Doula</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |
| Hora: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Local e Data: _____        |