

De: apeo.portugal@gmail.com
Para: [Comissão 9ª - CS XV](#)
Assunto: Requerimento para uma audiência urgente com a Comissão Parlamentar da Saúde da AR
Data: 6 de junho de 2022 10:05:37
Anexos: [Midwifery-Unit-Standards_Portuguese_12.04.2021.pdf](#)
[Solicitac_ão de audie^ncia urgente com a Comissa~o Parlamentar da Sau´de.pdf](#)
[image001.jpg](#)

Exmo. Senhor Presidente da Comissão Parlamentar da Saúde da AR

Dr. António Maló de Abreu

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) vem por este meio solicitar uma audiência urgente com a Comissão Parlamentar da Saúde da Assembleia da República, com o objetivo de propor um projeto piloto para a implementação de Unidades de Cuidados na Maternidade em Portugal.

Uma UCM é uma instituição de saúde onde se prestam cuidados na maternidade (gravidez, parto e pós-parto) a mulheres saudáveis com gestações sem complicações, em que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) assumem a responsabilidade principal pela prestação dos cuidados, seguindo o Midwifery Led-Care Model. Os cuidados nestas unidades têm vindo a revelar ótimos resultados perinatais, com melhor gestão de recursos, menos custos e maior satisfação das mulheres.

Estima-se que cerca de 85% das gravidezes apresentam baixo risco de complicações. Atualmente, em Portugal, o acompanhamento da gravidez de baixo risco é realizado pelas equipas de saúde familiar (médico e enfermeiro de família) nos centros de saúde, que encaminha a grávida para o hospital de escolha da mulher no final da gravidez, onde passa a ser acompanhada por profissionais especializados (Obstetras e EESMO). Com a criação das UCM, as grávidas com baixo risco de complicações passariam a ser acompanhadas num único local, durante a gravidez, o parto e o pós-parto, por EESMO, o que constituiria uma mais eficaz e eficiente gestão de recursos, com ótimos resultados perinatais.

Parece-nos estar na altura certa para implementar uma mudança de abordagem, centrando os esforços na criação de soluções que permitam aumentar a taxa de partos eutócicos e de experiências positivas de parto, assegurando uma melhor gestão de recursos, assim como a equidade e a qualidade dos cuidados de saúde materno-fetal.

De acordo com os resultados de outros países europeus, acreditamos que as Midwifery Led Units | Unidades de Cuidados na Maternidade (UCM), são um passo importante para essa mudança.

Em anexo envia-se o documento “Normas para unidades de cuidados na maternidade”, originalmente produzido pela Midwifery Unit Network e a City University of London, traduzido e validado para português em 2020 por uma equipa de investigadoras portuguesas.



Estamos há mais de 25 anos consigo e a trabalhar para si...

Vítor Varela, Presidente da APEO

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO)

Telem:+351 91 849 21 22

E-mail: apeo.portugal@gmail.com

URL: <http://apeo.pt>

NIF: 504111167

Serviço de Obstetrícia - 5º Piso, Hospital Garcia de Orta

Av. Torrado da Silva – Pragal

2805-267 ALMADA

PORTUGAL



Imagem © Evelyn Gomes dos Anjos (evelynangelfotografia@gmail.com).

NORMAS PARA UNIDADES DE CUIDADOS NA MATERNIDADE

Prefácio

Saudamos o desenvolvimento destas Normas sobre a filosofia e organização dos cuidados em Unidades de Cuidados na Maternidade em toda a Europa.

Atualmente, existe um conjunto de evidências, convincente e em expansão, indicando que a continuidade dos cuidados liderados por Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) é particularmente adequada para mulheres saudáveis, com gestações sem complicações, em unidades com EESMO bem treinados e bons sistemas de saúde. Este conjunto de evidências tem sido transposto para políticas ao nível nacional e internacional. Em contextos semelhantes, com sistemas de referência adequados, os cuidados de enfermagem obstétricos, fora do hospital, liderados pelo EESMO, associam-se a relatos de experiências e desfechos mais positivos na gravidez e parto, em comparação com os relatos de mulheres acompanhadas no hospital. Melhores resultados são, também, relatados por mulheres saudáveis, independentemente do seu índice de paridade, com resultados perinatais semelhantes, especialmente para o segundo filho e subsequentes. Estes resultados estão, também, refletidos em documentos de políticas nacionais.

No entanto, ainda há muito poucas unidades lideradas por EESMO, bem apoiadas e com recursos, disponíveis em todo o mundo, o que limita a oportunidade de disponibilizar um atendimento ideal, consistente, de elevada qualidade, seguro e económico para as mulheres e os seus recém-nascidos.

Se os EESMO, outros profissionais de saúde e os decisores políticos liderarem na Europa o desenvolvimento do tipo de serviços que estas Normas representam, isso pode constituir um modelo poderoso para melhores práticas dentro e fora do ambiente hospitalar. À medida que os sistemas de saúde se fortalecem, nos países de baixo e médio rendimento, estas Normas poderiam funcionar como um catalisador para a mudança em ambientes onde os cuidados de enfermagem na maternidade, tanto dentro como fora dos hospitais, estão abaixo do ideal.

Felicitemos a Midwifery Unit Network por tomar esta iniciativa de desenvolver estas Normas usando uma metodologia de coprodução inclusiva.

Queremos encorajar as organizações profissionais e os líderes individuais a utilizarem esta ferramenta, como forma de promover a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível local, e a tomarem a iniciativa de transformar o futuro dos cuidados na maternidade.

Soo Downe

Professor in Midwifery Studies

University of Central Lancashire, United Kingdom

Franka Cadée

ICM President

International Confederation of Midwives

Jacky Nizard

Professor of Obstetrics and Gynaecology

Sorbonne University, Paris, France

President of European Board and College of

Obstetrics and Gynaecology (EBCOG)

Midwifery Unit Standards

Produzido por Midwifery Unit Network and City, University of London.

Autores da edição inglesa:

Lucia Rocca-Ihenacho
Laura Batinelli
Ellen Thaelts
Juliet Rayment
Mary Newburn
Christine McCourt

Edição Inglesa financiada pelo National Institute of Health Research

The Royal College of Midwives, City, University of London

Tradução portuguesa:

Ana Paula Prata
Andreia Gonçalves
Cândida Koch
Cristina Couto
Emília Bulcão
Francisca Lobão
Isabel Ferreira
Maria João Monteiro
Patrícia Souto
Sílvia Rodrigues

Edição portuguesa financiada por fundos nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (referência UIDB/4255/2020).

© Copyright City, University of London 2018 - 2019.
Published by Midwifery Unit Network Limited under licence from City, University of London

Versão revista

PREFÁCIO À EDIÇÃO PORTUGUESA

O documento “Midwifery Units Standards” reflete a experiência de muitos países, em especial de países com índices socioeconómicos médio/altos, relativamente ao desempenho (quase em exclusivo) das equipas de Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO)/parteiras perante gravidezes normais e partos fisiológicos.

Em Portugal, em 1960, os índices de mortalidade materna, perinatal, neonatal e infantil, colocavam-nos no mesmo patamar de alguns países em desenvolvimento. Contudo, nos últimos 40 anos, os resultados obtidos na vertente da saúde materna e da criança, quer em números absolutos, quer evolutivos, colocam Portugal como uma referência mundial pautada pela excelência. Estes resultados foram obtidos, fundamentalmente, pela racionalização dos recursos humanos e económicos, alicerçados no desenvolvimento de estruturas básicas de saneamento, de vias de comunicação e, pontualmente, na construção e recuperação de unidades de saúde. Sobretudo, houve um enorme investimento em políticas de educação pessoal e coletiva.

Por outro lado, se as taxas de mortalidade em medicina perinatal são motivo de referência, por mérito, o número de cesarianas (e partos instrumentados) não abona a nosso favor e está longe de ser um exemplo em perinatologia. Há muitas razões (invocadas) para se realizarem cesarianas, mas que não podem justificar-se (na totalidade) pela idade materna avançada, pelos índices de prematuridade, por doenças prévias à gravidez, por intercorrências materno-fetais, por falta de cuidados pré-natais ou por assimetria de discriminação social, etc. Nas últimas décadas, as tecnologias sofisticadas de diagnóstico e terapêutica constituíram um contributo meritório e valioso na resolução de problemas até então inviáveis em medicina obstétrica, perinatal e neonatal. Fazem as parangonas dos *média* (popular e, até, científica), mas abrangem apenas uma pequena parcela de mulheres com doenças prévias à gravidez, com gestações de risco, de fetos e recém-nascidos patológicos, nomeadamente pré-termo, por vezes no limiar da viabilidade. Não se discute, nem se questiona, a importância destes desenvolvimentos para os casais, assim beneficiados pelo progresso tecnológico. Porém, todas estas situações, em conjunto, não ultrapassam 20% de todas as gravidezes. As restantes, a maioria, são gestações e recém-nascidos fisiológicos que, como tal, devem permanecer - *primo non nocere*, evitando que a tecnologia se transforme em *toys for the boys*...

Nada é imutável e, pesem embora, as excelentes metas atingidas, é altura de analisar o presente da saúde materna, da criança e do jovem para poder responder a novos desafios.

Unidades de saúde da responsabilidade técnica e administrativa de EESMO/ parteiras? Sim! A trabalharem em estreita colaboração com outras unidades e outros profissionais de saúde, tais como obstetras, pediatras, enfermeiros de outras especialidades, técnicos e auxiliares qualificados.

A tradução deste documento pode ser um primeiro passo para a criação e implementação destas unidades em Portugal: será um longo caminho a percorrer, fica o desafio...

Manuel Rui G Carrapato,

Pediatra Neonatologista

MD PhD FRCP DCH

PREFÁCIO À EDIÇÃO PORTUGUESA

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras-APEO congratula-se com a publicação destas Normas sobre a filosofia e o modelo organizativo proposto e trabalhado entre a *Midwifery Unit Network* e a *European Midwifery Association*.

A APEO muito cedo apoiou e produziu a sua tomada de posição, como proposta para a regulamentação portuguesa e implementação em Portugal de *Midwifery Led Units*|Unidades de Cuidados na Maternidade.

Gostaríamos de agradecer aos autores da edição portuguesa esta incessante procura de resolução/inação com evidência científica na implementação de filosofias e metodologias de trabalho que vêm beneficiar as utilizadoras da nossa clínica assistencial.

É um documento/proposta que mostra como salvaguardar os serviços de obstetrícia/maternidade no futuro. É uma ferramenta de trabalho magnífica, sensível e que salienta o trabalho dos EESMO/Parteiras, como agentes determinantes no cuidado materno-fetal, tendo sido já cientificamente comprovados benefícios deste modelo assistencial, quando comparado aos outros modelos assistenciais.

A APEO espera que esta publicação forneça a todos os implicados em futuras decisões profissionais e políticas, a explicação abrangente sobre como funciona este modelo assistencial, tanto para os utilizadores como para os prestadores, sabendo nós que a OMS apoia incondicionalmente esta metodologia assistencial.

A APEO considera de elevada importância a implementação a nível nacional deste modelo de continuidade na assistência obstétrica, o qual oferece um atendimento de qualidade a todas as mulheres grávidas, não descuidando todas as outras estruturas que são essenciais à assistência materno-fetal. Esta filosofia assistencial e modelo organizativo são importantes para uma especialidade de enfermagem ou profissão de parteira, **autónoma** e **confiante** das suas competências reguladas, assente na legislação europeia.

A *International Confederation of Midwives-ICM* menciona nos seus documentos que:

- as EESMO/Parteiras na sua filosofia de atendimento oferecem assistência clínica que influencia o modelo de cuidados obstétricos;
- reconhece as EESMO/Parteiras como os profissionais de saúde de escolha para as mulheres grávidas em todas as áreas do mundo;
- indica que os vários modelos assistenciais conduzidos por EESMO/Parteiras estão associados a benefícios sem prejuízo dos resultados perinatais.

Em termos de governação a APEO, estando de acordo com a documentação produzida pela ICM, aconselha e recomenda a utilização deste documento:

- na formação das EESMO/Parteiras;
- na organização e avaliação da prática clínica das EESMO/Parteiras;
- na orientação da EESMO/Parteira « mulher/família » outros profissionais de saúde;
- na partilha, discussão profissional e política, de construção de nova regulação e legislação para a prática obstétrica.

Por fim, deixamos o desafio, o encorajamento para a liderança, a utilização deste documento por parte das EESMO/Parteiras na implementação deste modelo, de forma a garantir e a melhorar a qualidade assistencial ao nosso grupo alvo de assistência materno-fetal.

Vitor Varela

Presidente da APEO

Nota: Os autores consideram EESMO e Parteira profissões equivalentes

ÍNDICE

Resumo	6
Lista dos temas e Normas	7
Contextualização	8
O que é uma Unidade de Cuidados na Maternidade?	9
Qual é a filosofia de cuidados na Unidades de Cuidados na Maternidade?	10
Por que foram criadas as Normas?	10
A quem se destinam as Normas?	10
Como podem ser utilizadas as Normas em diferentes países Europeus?	11
E se o contexto atual não contempla o conceito de Unidades de Cuidados na Maternidade?	11
Quando serão revistas as Normas?	11
Tema 1 – Modelo de cuidados biopsicossocial	12
Tema 2 – Igualdade, diversidade e inclusão social	13
Tema 3 – Trabalhar atravessando fronteiras físicas e profissionais	14
Tema 4 – Percurso de cuidados para as mulheres	15
Tema 5 – Profissionais e carga de trabalho	17
Tema 6 – Conhecimento, capacidades e treino	18
Tema 7 – Ambiente e instalações	20
Tema 8 – Autonomia e responsabilidade	22
Tema 9 – Liderança	23
Tema 10 – Governança clínica	25
Referências	27
Apêndice 1 – Método para a criação das Unidades de Cuidados na Maternidade	30
Apêndice 2 – Agradecimentos	33

RESUMO

Um aspeto importante da implementação dos cuidados baseados em evidência durante a maternidade é ampliar a oferta de espaços de cuidados liderados pelos EESMO e alargar o acesso das mulheres aos mesmos (OMS, 2016; Renfrew et al. 2014; Miller et al, 2016).

A *Midwifery Unit Network* (MUNet) e a *European Midwifery Association* (EMA) têm trabalhado em colaboração para influenciar a implementação de políticas na maternidade (este termo engloba os conceitos gravidez, parto e pós-parto) relacionadas com a segurança, a saúde das mulheres e dos seus recém-nascidos e o acesso a cuidados durante a maternidade baseados em evidência científica.

Promover e apoiar a implementação, desenvolvimento e crescimento de Unidades de Cuidados na Maternidade (UCM) onde se prestem cuidados holísticos às mulheres e famílias na Europa, é um dos objetivos da MUNet. Preconizamos que as UCM se tornem a principal via de atendimento direto para grávidas saudáveis. De forma a aumentar a implementação de UCM, com segurança, em toda a Europa, são necessárias normas de qualidade.

A criação das normas para UCM é a primeira produção conjunta resultante da colaboração entre a MUNet e a EMA. Estas normas foram desenvolvidas para orientar EESMO, gestores de serviços de saúde e representantes das autoridades governamentais em toda a Europa que queiram criar e desenvolver UCM. Estas normas focam-se na filosofia dos cuidados e na organização dos serviços.

O objetivo das normas para UCM é melhorar a qualidade dos cuidados na maternidade, reduzindo a variabilidade das práticas e facilitando um modelo de cuidados biopsicossocial. Estas normas respondem às lacunas de orientação para a implementação de UCM (tanto em hospitais como em serviços de saúde primários).

O desenvolvimento das normas utilizou um processo robusto e inclusivo, coproduzido e baseado em evidência. Detalhes completos dos métodos e metodologia podem ser encontrados no Apêndice 1.

De forma resumida, podemos citar as seguintes etapas do processo:

- 1) Entre janeiro e outubro de 2017, efetuou-se uma revisão sistemática da literatura e a síntese dos estudos qualitativos relacionados com a prestação de cuidados de boa qualidade em UCM;
- 2) Foi realizado um estudo Delphi, utilizando critérios de perícia claros, que envolviam dois inquéritos online a 122 especialistas convidados, obtendo-se uma taxa de resposta geral de 48%. O primeiro inquérito Delphi efetuou-se em maio de 2017 e o segundo em fevereiro de 2018;
- 3) Efetuaram-se entrevistas semiestruturadas aos líderes das UCM com alto desempenho, para aprofundar os temas sub-representados;
- 4) Os resultados da revisão da evidência científica foram integrados no questionário do estudo Delphi;
- 5) Realizou-se uma série de reuniões com os *stakeholders* envolvidos, para rever os itens iniciais e, depois, elaborar o rascunho das Normas e documentar cada etapa chave do desenvolvimento. A primeira foi realizada em Londres e a segunda na conferência da *International Confederation of Midwives* (ICM) em Toronto, em junho de 2017. Uma terceira reunião decorreu em Londres, em dezembro de 2017;
- 6) A avaliação por pares foi conduzida por 12 *stakeholders* interdisciplinares europeus.

Tema 1	Modelo de cuidados biopsicossocial
Norma 1	A Unidade de Cuidados na Maternidade possui uma filosofia de cuidados, escrita e pública, baseada em valores e crenças partilhados.
Tema 2	Igualdade, diversidade e inclusão social
Norma 2	A Unidade de Cuidados na Maternidade possui uma política relacionada com o respeito, a diversidade e a inclusão.
Tema 3	Trabalhar atravessando fronteiras físicas e profissionais
Norma 3	Existe um compromisso escrito e partilhado de respeito mútuo e de trabalho entre todos os serviços de cuidados na maternidade.
Norma 4	A Unidade de Cuidados na Maternidade tem um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica perito, um Obstetra e um Neonatologista de referência.
Norma 5	Existe uma política e procedimentos claros para transferências.
Tema 4	Percurso de cuidados para as mulheres
Norma 6	A Unidade de Cuidados na Maternidade compromete-se com uma filosofia de fornecimento de informação, tão cedo quanto possível, mantendo as decisões em aberto.
Norma 7	A Unidade de Cuidados na Maternidade é um centro integrado na comunidade local.
Norma 8	A Unidade de Cuidados na Maternidade está disponível a todas as mulheres para cuidados personalizados e individualizados.
Norma 9	A Unidade de Cuidados na Maternidade possui protocolos claros de referênciação.
Tema 5	Profissionais e carga de trabalho
Norma 10	O pessoal essencial inclui uma equipa principal e a liderança de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no local, para promover elevados padrões de qualidade, o sentimento de pertença e uma filosofia de cuidados apropriada.
Norma 11	A avaliação da carga de trabalho deve incluir todas as atividades na Unidade de Cuidados na Maternidade, e não apenas os cuidados intraparto e o número de nascimentos.
Tema 6	Conhecimento, capacidades e treino
Norma 12	Existe uma lista consensual, escrita, de conhecimentos e capacidades exigidos aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica para o exercício de funções numa Unidade de Cuidados na Maternidade.
Norma 13	A Unidade de Cuidados na Maternidade possui planos de formação e de desenvolvimento profissional contínuo.
Norma 14	A Unidade de Cuidados na Maternidade tem um enquadramento para tutoria e orientação.
Tema 7	Ambiente e instalações
Norma 15	A Unidade de Cuidados na Maternidade oferece um ambiente que promove um modelo de cuidados biopsicossocial e a construção de relações interpessoais.
Norma 16	A Unidade de Cuidados na Maternidade oferece um ambiente que apoia a mobilização e o parto ativo.
Norma 17	A Unidade de Cuidados na Maternidade oferece um ambiente que protege e promove o relaxamento, a privacidade e a dignidade.
Norma 18	A disposição física e o desenho da Unidade de Cuidados na Maternidade obedecem aos valores biopsicossociais do modelo de cuidados.
Norma 19	A Unidade de Cuidados na Maternidade está visível e acessível na comunidade.
Tema 8	Autonomia e responsabilidade
Norma 20	A Unidade de Cuidados na Maternidade tem uma política de reconhecimento da autonomia e da responsabilidade dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.
Norma 21	A Unidade de Cuidados na Maternidade tem uma política de reconhecimento da autonomia das mulheres.
Tema 9	Liderança
Norma 22	Existe uma liderança visível e consistente na Unidade de Cuidados na Maternidade.
Norma 23	A Unidade de Cuidados na Maternidade tem uma liderança transformacional de alta qualidade.
Norma 24	Existe um grupo consultivo multidisciplinar, com representantes dos utilizadores dos serviços, que define a visão para a Unidade de Cuidados na Maternidade.
Tema 10	Governança clínica
Norma 25	A Unidade de Cuidados na Maternidade possui diretrizes, políticas e procedimentos baseados em evidência científica, sujeitos a revisão regular.
Norma 26	A Unidade de Cuidados na Maternidade tem orientações sobre os critérios de elegibilidade para a escolha do local de nascimento.
Norma 27	A Unidade de Cuidados na Maternidade demonstra compromisso para a melhoria contínua.
Norma 28	A Unidade de Cuidados na Maternidade tem um sistema adequado de informação.
Norma 29	A Unidade de Cuidados na Maternidade tem uma estratégia de comunicação e marketing.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Em toda a União Europeia mais de 5 milhões de mulheres têm partos anualmente. Apesar de uma melhoria significativa da assistência na maternidade, persistem desigualdades no acesso aos cuidados de saúde entre mulheres nos Estados-Membros da UE, incluindo variações significativas na prestação dos cuidados na maternidade (EBCOG, 2014), práticas e resultados (Macfarlane et al., 2016). Aumentar a implementação de cuidados baseados em evidência científica e reduzir essas variações levaria a melhorias na saúde pública. É, também, importante respeitar os direitos humanos das mulheres e dar resposta aos estudos de investigação sobre a satisfação das mulheres. Paralelamente, os desenvolvimentos sobre os cuidados na maternidade precisam de ser planeados num contexto de recursos económicos e humanos, restritos aos cuidados de saúde (Macfarlane et al., 2016). Um aspeto importante da implementação de cuidados baseados em evidência científica é alargar os espaços de prestação de cuidados na maternidade liderados por EESMO e aumentar o acesso das mulheres aos mesmos (ICM, 2011; Renfrew et al., 2014; WHO e UNFPA, 2014; Miller et al., 2016; WHO, 2016).

As Orientações Estratégicas Globais para o fortalecimento da enfermagem e do EESMO, no período 2016-2020 (WHO, 2016), salientaram que os EESMO podem fornecer 87% dos cuidados essenciais às mulheres e aos recém-nascidos, sempre que tenham recebido formação adequada e regulada pelas normas internacionais, além de serem os profissionais que apresentam uma melhor relação custo-efetividade nos cuidados na maternidade.

A Europa tem um vasto quadro de profissionais bem qualificados, pelo que, está numa posição privilegiada para impulsionar uma melhor provisão de cuidados a curto e a médio. A Estratégia Global para a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (Kuruvilla et al., 2016), lançada em 2015, estabeleceu objetivos ambiciosos para melhorar a saúde da mulher, em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Estes foram agrupados em três temas: 1) Sobrevivência (acabar com mortes evitáveis); 2) Prosperidade (promover saúde e bem-estar); e 3) Transformação (expandir ambientes facilitadores). Os EESMO são recursos cruciais para alcançar esses objetivos.

Em fevereiro de 2018, a Organização Mundial da Saúde publicou orientações sobre a necessidade de uma abordagem mais holística dos cuidados na maternidade (WHO, 2018). Afirmaram que, além da necessidade de prestar cuidados na maternidade clinicamente eficazes, é necessário fazer muito mais para que as mulheres se sintam seguras e confortáveis com a experiência (do trabalho de parto e parto) (WHO, 2018).

O relatório concluiu que a medicalização do parto, uma expressão usada para descrever o uso por rotina de intervenções médicas para iniciar, acelerar, regular e monitorizar a gravidez, pode ter prejudicado a confiança e a capacidade das mulheres para parir e, potencialmente, reduzido “o que deve ser uma experiência positiva, que pode mudar a vida”. A OMS recomenda como prioritário a necessidade de centrar o foco na prestação de cuidados respeitosos, no apoio emocional, na continuidade das relações com os cuidadores, no incentivo à mobilidade e noutras medidas para resolver este problema (WHO, 2018). A declaração da White Ribbon Alliance sobre Maternidade Respeitosa, que estabelece o padrão universal dos direitos das mulheres na sua maternidade, também enfatiza a importância do cuidado respeitoso e da autonomia das mulheres (White Ribbon Alliance, 2012). Muitas dessas abordagens e princípios são centrais para os valores nas Unidades de Cuidados na Maternidade (UCM).

A International Confederation of Midwives (ICM) criou muitas normas globais valiosas nas áreas da formação, avaliação de capacidades e competências do EESMO (International Confederation of Midwives, 2013), porém, até ao momento, não foram apresentadas normas específicas para as UCM.

O QUE É UMA UNIDADE DE CUIDADOS NA MATERNIDADE?

Em alguns países da Europa, incluindo Inglaterra, País de Gales e Escócia, as unidades obstétricas (UO), e as Unidades de Cuidados na Maternidade (na comunidade ou hospitalares), geridas e dotadas de EESMO têm uma longa história. Antes do parto hospitalar ser comum, as unidades em ambientes comunitários eram a principal forma de assistência ao parto, além do parto domiciliar.

No entanto, desde a década de 70, apesar da falta de evidência científica, as mulheres, na maioria dos países europeus, foram incentivadas a terem os seus filhos no hospital e, conseqüentemente, muitas dessas unidades em ambientes comunitários fecharam. Após a primeira revisão aos cuidados prestados à mulher no trabalho de parto e parto, realizada pelo NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2007), foi encomendado um grande estudo de coorte nacional, em Inglaterra, para estudar as questões dos custos económicos e da segurança (Brocklehurst et al., 2011).

Este estudo evidenciou que, em mulheres saudáveis e com gravidez sem complicações, o trabalho de parto iniciado em Unidade de Cuidados na Maternidade - UCM (quer na comunidade quer em ambiente hospitalar), com transferência para uma unidade obstétrica se necessário, esteve associado a níveis mais baixos de intervenção intraparto e de morbidade materna. Os resultados para os recém-nascidos (RN) não foram diferentes dos filhos das mulheres com condições clínicas similares, que receberam cuidados intraparto numa unidade obstétrica (Brocklehurst et al., 2011).

O NICE reviu as orientações sobre os cuidados intraparto após a publicação de evidências científicas mais abrangentes e robustas sobre os locais de nascimento. A conclusão da

revisão enfatiza que, tanto para as mulheres múltiparas como para as nulíparas com uma gravidez de baixo risco, o parto é, na generalidade, muito seguro para a mulher e o seu filho. O NICE recomendou que essas mulheres fossem informadas de que o planeamento do parto numa UCM (hospitalar ou extra-hospitalar) é *'particularmente adequado para elas, porque a taxa de intervenção é mais baixa e o resultado para o recém-nascido não é diferente em comparação com os obtidos numa unidade obstétrica'* (NICE, 2014).

A experiência das mulheres com os cuidados prestados foi, também, mais positiva nas mulheres assistidas em UCM (Overgaard, Fenger-Gron & Sandall, 2012; Macfarlane et al. 2014a, 2014b). Para além disso, a avaliação económica que comparou os cuidados prestados a parturientes de baixo risco, nestes dois tipos de unidades, concluiu que nas UCM (hospitalar ou extra-hospitalar) os cuidados são menos dispendiosos e mais sustentáveis do que os prestados numa unidade obstétrica (Schroeder et al., 2011).

Scarf et al. (2018) concluíram que deveria ser promovida a criação e expansão de mais UCM e a implementação dos respetivos sistemas de apoio à mudança, incluindo treino/ formação e orientação das equipas.

Recomendações clínicas para a prestação de cuidados às mulheres em UCM, e para a integração destas unidades nos respetivos serviços de maternidade locais (incluindo acordos em governança clínica, protocolos de transferência e recomendações para a avaliação clínica e cuidados no trabalho de parto) são encontradas na diretriz da NICE CG190 'Intrapartum care for healthy women and babies', que é, por isso, um recurso fundamental. Esta orientação é referência para o National Health Service em Inglaterra e, acreditamos, poder também ser útil para informar a prática clínica noutros países da Europa.

DEFINIÇÃO

Uma Unidade de Cuidados na Maternidade (UCM) é um local onde se prestam cuidados na maternidade (gravidez, parto e pós-parto) a mulheres saudáveis com gestações sem complicações, em que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) assumem a responsabilidade principal pela prestação dos cuidados. As UCM podem estar localizadas fora (extra-hospitalares) ou adjacentes (hospitalares) a uma unidade obstétrica.

Nas UCM hospitalares (UCMH), durante o trabalho de parto e parto, as mulheres têm à sua disposição serviços de diagnóstico e tratamento médico, incluindo cuidados obstétricos, neonatais e anestésicos, noutra parte do edifício, ou noutra unidade dentro do mesmo local/instalações. Isto pode incluir, também, o acesso a outras intervenções que podem ser realizadas por EESMO, como por exemplo, a monitorização eletrónica contínua dos batimentos cardíacos fetais. Para ter acesso a esses serviços, as mulheres poderão ser transferidas para a unidade obstétrica, normalmente em maca, cama ou cadeira de rodas.

Nas UCM extra-hospitalares (UCMEH), os serviços e intervenções médicas de diagnóstico e tratamento não estão disponíveis no mesmo edifício ou no mesmo local. O acesso está disponível como parte de um serviço integrado, mas a transferência normalmente envolve uma viagem de ambulância ou de carro.

Modified from: Rowe, R. and the Birthplace in England Collaborative group, 2011

QUAL É A FILOSOFIA DE CUIDADOS NAS UNIDADES DE CUIDADOS NA MATERNIDADE?

Os investigadores demonstraram como é que as Unidades de Cuidados na Maternidade (UCM) adotam e promovem um modelo biopsicossocial de cuidados que atende às necessidades físicas, psicológicas e sociais, também conhecido como modelo social de cuidados (Walsh & Newburn, 2002). O modelo promove a igualdade entre as mulheres e os profissionais que delas cuidam, a autonomia sobre o seu corpo e a tomada de decisão esclarecida e informada (McCourt et al., 2012; Overgaard, Fenger-Gron & Sandall, 2012; Macfarlane et al., 2014a, 2014b; McCourt et al., 2014). Os serviços são organizados de acordo com as necessidades sociais das mulheres e famílias, de modo a proporcionar um ambiente confortável e acolhedor, em vez de um ambiente clínico que pode parecer impessoal, frio e assustador.

Os serviços que aspiram trabalhar de acordo com esta filosofia de cuidados procuram respeitar e empoderar as mulheres e seus acompanhantes durante a gravidez e o parto, assim como facilitar uma transição positiva para a parentalidade. De modo a prestar este tipo de serviço, é importante oferecer aos EESMO e a outros profissionais que colaboram nos cuidados, um ambiente de trabalho empoderador (com capacidade de decisão autónoma) que garanta à equipa a adoção de uma cultura de trabalho positiva, que promova a aprendizagem e o desenvolvimento contínuos (McCourt et al., 2011, 2014; Rocca-Ihenacho, Newburn & Byrom, 2017).

POR QUE FORAM CRIADAS AS NORMAS?

A crescente evidência científica de resultados positivos das UCM, particularmente os resultados do *Birthplace in England Programme*, em 2011, incrementaram o interesse no desenvolvimento de UCM em toda a Europa. No Reino Unido, o National Institute for Health and Care Excellence atualizou as suas diretrizes, recomendando que os profissionais de saúde ofereçam informações imparciais, sugerindo às mulheres saudáveis, com gestações sem complicações, que os cuidados nas UCM lhes são particularmente adequados, apoiando-as, no entanto, em qualquer decisão que tomem sobre o local de parto (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

É provável que surjam mudanças e recomendações semelhantes, nas políticas, por toda a Europa.

Decorrente do aumento do número de UCM, na primeira reunião europeia da Midwifery Unit Network, em 2016, questionou-se a necessidade de definir orientações práticas sobre o que são as UCM, que cuidados prestam e quais são as características das UCM que funcionam melhor.

Estas Normas surgem após um extenso trabalho da American Association of Birth Centers, que aprovou as primeiras normas para UCM, em 1985. No Reino Unido, o Royal College of Midwives publicou as suas normas para as UCM, em Inglaterra, em 2009, que constituem, até ao momento, as únicas normas para UCM publicadas na Europa.

A QUEM SE DESTINAM AS NORMAS?

- Qualquer pessoa que esteja a criar, gerir ou trabalhar numa UCM;
- *Stakeholders* responsáveis pela organização dos serviços de saúde ao nível nacional, regional e local e de alocação de recursos;
- Profissionais que prestam apoio à UCM, como serviços de ambulância, obstetras e chefes/diretores de serviço;
- Profissionais de saúde das UCM que autoavaliam a sua prática, com base nos principais critérios de qualidade e planificação de melhorias nos serviços.

COMO PODEM SER UTILIZADAS AS NORMAS EM DIFERENTES PAÍSES EUROPEUS?

As normas centram-se na filosofia de cuidados e na organização dos serviços e destinam-se a ser utilizadas juntamente com orientações clínicas.

Em alguns países, os cuidados liderados pelo EESMO durante a gravidez e parto, sem complicações, estão mais estabelecidos e mais regulamentados do que noutros. Alguns países ainda não disponibilizam cuidados liderados por EESMO, nem possuem Unidades de Cuidados na Maternidade (UCM) de acordo com a definição usada neste

documento, e outros estão em processo de implementação. Reconhecemos que, embora a prática do EESMO tenha sido regulamentada ao nível europeu há, ainda, uma grande diversidade nos modelos de cuidados e nas práticas clínicas, entre e dentro dos países europeus (MacFarlane et al., 2015). As Normas permitirão que diferentes serviços avaliem a sua filosofia de cuidados, a organização e as práticas clínicas, permitindo o *benchmarking* da prestação de cuidados, identificar objetivos e o desenvolvimento de planos de implementação.

E SE O CONTEXTO ATUAL NÃO CONTEMPLA O CONCEITO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA MATERNIDADE?

A mudança na prestação de serviços acontece, muitas vezes, de forma lenta. A multiplicidade dos fatores pode ser o catalisador para a mudança.

É importante considerar as circunstâncias, as oportunidades e as necessidades locais. Não há nenhuma prescrição de “modelo único e ideal para tudo”. Por exemplo, há UCM de diversos tamanhos que usam modelos diferentes de organização dos profissionais. Em termos do número de mulheres e famílias assistidas em Inglaterra, o número anual de nascimentos varia de < 100 até cerca de 2.000 (Walsh et al., 2018). Apesar de algumas UCM ainda restringirem a sua atividade à assistência ao parto, outras fornecem uma ampla gama de serviços, com contribuições financeiras provenientes de diferentes fontes, como a saúde infantil, cessação tabágica ou serviços de saúde mental. Algumas UCM são geridas pelos EESMO dos cuidados de saúde primários, que as abrem quando a mulher está em trabalho de parto, permanecendo fechadas quando não são necessárias.

Esperamos que estas normas estimulem a reflexão e o debate sobre a melhoria da prestação de cuidados às mulheres e famílias e o desenvolvimento de oportunidades para cuidados geridos e prestados por EESMO. Os serviços podem diferir destas Normas, desde que isso faça sentido no seu contexto. Nem todas as normas serão atualmente realizáveis ou totalmente relevantes em todos os países, mas esperamos que, seja qual for a prestação atual, possam ser implementadas mudanças positivas em relação aos temas chave.

QUANDO SERÃO REVISTAS AS NORMAS?

À medida que as evidências científicas disponíveis aumentam, a experiência prática se desenvolve e os quadros políticos e as diretrizes nacionais evoluem, prevê-se que haverá necessidade de rever e atualizar as Normas e reconsiderar o seu conteúdo. Pretende rever-se as Normas dentro de cinco anos, ou mais cedo, se forem publicados resultados significativos que alertem para a necessidade de antecipar uma revisão. Como leitor destas Normas, fica convidado a enviar-nos comentários e a contribuir com *insights* da sua experiência após a sua implementação.

Dr Rocca-Ihenacho.

Centre for Maternal and Child Health Research
School of Health Sciences
City, University of London
1 Myddelton Street
London, EC1R 1UB, UK

Email: Lucia.Rocca-Ihenacho@city.ac.uk

TEMA 1 – Modelo de cuidados biopsicossocial

A Unidade de Cuidados na Maternidade (UCM) assegura cuidados com base no modelo de cuidados biopsicossocial (Jordan & Davis-Floyd, 1993; Davis-Floyd, 2001; Bryers & Van Teijlingen, 2010; Renfrew et al., 2014; Miller et al., 2016; WHO, 2016). Este modelo reconhece o parto como um processo fisiológico, que integra dimensões socioculturais e psicológicas (Walsh & Newburn, 2002), refletindo a evidência científica de que essas dimensões não podem ser dissociadas e que devem ser consideradas na prestação de cuidados na maternidade de elevada qualidade.

As Unidades de Cuidados na Maternidade (UCM) têm como objetivo encorajar a autonomia das mulheres, a promoção ativa da saúde e bem-estar, assim como a proteção contra danos. Esses objetivos são abrangidos por dois conceitos-chave: salutogênese e segurança (Downe, 2010; Renfrew et al., 2014; Kennedy et al., 2018).

NORMA 1

A Unidade de Cuidados na Maternidade possui uma filosofia de cuidados, escrita e pública, baseada em valores e crenças partilhados.

A UCM rege-se por um documento escrito com a filosofia de cuidados, definida pelos *stakeholders*; este documento deve estar alinhado com a filosofia de cuidados e os valores da generalidade dos serviços de saúde na maternidade, incluindo o compromisso de:

1.1 Facilitar a gravidez, o trabalho de parto e o parto fisiológicos e os cuidados ao recém-nascido

- a) Apoia as capacidades e as práticas dos profissionais que facilitam a fisiologia da gravidez, do trabalho de parto e parto, do processo de vinculação, do cuidado neonatal e da transição para a parentalidade;
- b) Declara que as intervenções devem ser consideradas e justificadas em conformidade com a melhor evidência científica clínica, tendo por base a premissa de que os potenciais benefícios superam os possíveis efeitos adversos.

1.2 Oferecer cuidados personalizados e de suporte que promovam o bem-estar físico e psicológico

- a) Reconhece o nascimento como um importante evento na vida e de transição para mães, bebês, famílias e companheiros;
- b) Promove o bem-estar emocional na gravidez, trabalho de parto e parto e nos primeiros dias pós-parto;

- c) Respeita os direitos humanos e reprodutivos das mulheres, como o direito à dignidade, à privacidade e à autonomia;
- d) Acolhe os acompanhantes escolhidos pela mulher;
- e) Compromete-se com uma prestação de cuidados que permite um início de vida positivo ao recém-nascido, intervindo também na acreditação da Iniciativa Amiga dos Bebês (UNICEF, 2017);
- f) Apoia a necessidade de transferências eficazes e rápidas para os serviços de cuidados obstétricos, mantendo o foco na promoção de experiências positivas e cuidados de suporte personalizados;
- g) Reconhece que apoiar o bem-estar dos profissionais favorece a promoção de comportamentos de cuidar.

1.3 Promover um modelo de cuidados social

- a) Presta cuidados holísticos, centrados na mulher e focados na família, que respondem à realidade da vida das pessoas, e promovem o acesso equitativo, a igualdade e a diversidade cultural;
- b) Oferece um conjunto extenso de serviços e atividades integradas, que incluem sessões de preparação para o parto e para a parentalidade, workshop sobre parto ativo, sessões de massagem ao recém-nascido, sessões de promoção do aleitamento materno e grupos de apoio a recentes pais. Neste contexto, serão consideradas estratégias eficazes através das quais a UCM pode contribuir para o bem-estar e o empoderamento das mulheres na preparação para o parto. Além disso, as Unidades de Cuidados na Maternidade extra-hospitalares (UCMEH) podem funcionar como unidades comunitárias e oferecer um conjunto ainda maior de serviços, não se limitando à prestação de cuidados na maternidade e ou de saúde na generalidade;
- c) Recebe qualquer potencial utilizador dos serviços, fornecendo informação e apoio relacionados com a gravidez, o parto e o período pós-parto, bem como a oportunidade de visitar a UCM;
- d) Reforça a compreensão de que todos os prestadores de cuidados, inseridos num sistema abrangente de prestação de serviços na maternidade, beneficiariam de uma maior consciência e formação sobre um modelo de cuidados social, reconhecendo o seu impacto nas experiências das mulheres e das suas famílias, e na qualidade dos cuidados prestados no seu todo.

TEMA 2 – Igualdade, diversidade e inclusão social

Igualdade, diversidade e inclusão social são indicadores-chave da elevada qualidade dos cuidados na maternidade (WHO, 2017).

Quando os serviços são proativos no planeamento de estratégias para alcançar e envolver todas as mulheres, de forma a garantir o acesso de cada mulher a um modelo de cuidados adequado às suas circunstâncias pessoais, isto pode contribuir para resultados muito favoráveis na abordagem às desigualdades existentes.

As Unidades de Cuidados na Maternidade (UCM) podem proporcionar um ambiente salutogénico, no qual mulheres marginalizadas, discriminadas ou em situações vulneráveis podem prosperar, assim como os seus bebés (Overgaard, Fenger-Grøn & Sandall, 2012).

NORMA 2

A Unidade de Cuidados na Maternidade possui uma política relacionada com o respeito, a diversidade e a inclusão.

- a) Cada UCM recolhe e analisa dados relativos à utilização dos seus serviços, por estatuto socioeconómico e etnia, recorrendo a assessorias locais para rever a sua capacidade de resposta às necessidades da população da área de abrangência, em toda a sua diversidade;
- b) Cada UCM fará uma análise periódica do perfil de necessidades da população da sua área de abrangência, com o objetivo de informar e adequar os serviços que oferece a essas necessidades;
- c) Prévia e posteriormente à abertura de uma UCM, e de forma regular, os seus gestores e funcionários devem envolver a comunidade local e os líderes comunitários para compreender as experiências e as necessidades da população;
- d) A UCM tem como objetivo maximizar o acesso aos cuidados na maternidade, com o foco específico na acessibilidade para mulheres em situações vulneráveis, e melhorar o acesso oportuno e apropriado aos cuidados;
- e) A UCM dispõe de serviços de apoio a tradução e comunicação, conforme necessário, para pessoas com necessidades de tradução e/ou comunicação, de forma a garantir que entendem a informação transmitida, que são compreendidas pelos profissionais e que tomam decisões totalmente esclarecidas e informadas sobre os seus cuidados, incluindo mediação cultural;
- f) A estrutura de uma UCM respeita os direitos das minorias e trabalha em parceria com redes locais que apoiam famílias e crianças socialmente desfavorecidas.



Imagem © Sarah Ainslie Photography
www.sarahainslie.com

TEMA 3 – Trabalhar atravessando fronteiras físicas e profissionais

A evidência científica sugere que a relação interprofissional positiva, baseada no respeito mútuo e na confiança, é crucial para bons resultados clínicos, experiências positivas por parte das utentes e satisfação profissional (EBCOG, 2014). A investigação desenvolvida nas Unidades de Cuidados na Maternidade (UCM) destacou que, muitas vezes, a relação entre a equipa da UCM e a da unidade obstétrica (hospital) poderia ser mais positiva; por vezes, é evidente uma cultura de conflito “eles e nós” (McCourt et al., 2011, 2014; Roccalhenacho, Newburn & Byrom, 2017).

A investigação realizada nas UCM (Kirkham, 2010; McCourt et al., 2011; Rocca-lhenacho, Newburn & Byrom, 2017) salienta que, frequentemente, as UCM em dificuldades apresentam, em comum, as seguintes características:

- fraca liderança;
- uma cultura onde a unidade obstétrica é vista como a escolha normal e a UCM é considerada uma alternativa dispendiosa;
- a falta de colaboração interdisciplinar, bem como os desafios nas limitações da relação entre a unidade obstétrica e a UCM.

As limitações geográficas podem também influenciar a forma como os grupos de profissionais trabalham juntos e podem criar obstáculos incontornáveis perante os percursos de cuidados. Contudo, quando os *stakeholders* trabalham de forma colaborativa na identificação de barreiras culturais e geográficas, e dão prioridade à cooperação para facilitar uma boa integração dos percursos de cuidados, a mulher e a sua família saem beneficiadas.

Esta cooperação inclui o encaminhamento das mulheres acompanhadas por EESMO para consultas com outros profissionais e a transferência para unidades obstétricas, quando necessário.

Os serviços de cuidados na maternidade podem introduzir políticas e práticas que reconheçam a importância de uma cultura organizacional positiva, sobre como trabalhar atravessando as fronteiras físicas e profissionais, em coprodução e colaboração com todos os *stakeholders* (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

NORMA 3

Existe um compromisso escrito e partilhado de respeito mútuo e de trabalho entre todos os serviços de cuidados na maternidade.

O documento inclui declarações sobre:

- a) Promover o sentimento de pertença entre a equipa de trabalho da maternidade;
- b) Fomentar a comunicação aberta e positiva dentro da equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados na Maternidade e entre todas as partes que compõem o sistema de cuidados materno-infantis;
- c) Efetuar revisões em coprodução e planejar sessões e realização de eventos.

NORMA 4

A Unidade de Cuidados na Maternidade tem um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica perito, um Obstetra e um Neonatologista de referência.

- a) O colaborador de cada área profissional é consultado para as principais decisões organizacionais e clínicas;
- b) Os profissionais de referência fornecem apoio à UCM.

NORMA 5

Existe uma política e procedimentos claros para transferências.

A política e os procedimentos para transferências incluem:

- a) Acordos com o serviço local de ambulâncias (no caso de UCM extra-hospitalar);
- b) Procedimentos de transferência operacional que promovem a integração de serviços e as vias de atendimento direto para a transferência das mulheres entre as UCM e as unidades obstétricas (hospital);
- c) A visão articulada e o planeamento estratégico transversais aos cuidados de saúde primários e secundários.

TEMA 4 – Percurso de cuidados para as mulheres

Os diferentes percursos de cuidados das mulheres devem ser planeados da forma mais simples possível de modo a gerar uma experiência positiva, independentemente de onde a mulher tem o parto: em casa, Unidades de Cuidados na Maternidade extra-hospitalares (UMEH), Unidades de Cuidados na Maternidade hospitalares (UCMH) ou Unidades Obstétricas (UO). A evidência científica sugere que as mulheres querem receber informação credível, sustentada e baseada na evidência científica sobre o local onde podem ter o parto e a relevância disso para com a sua situação, no início da gravidez bem como ao longo do percurso gravídico, através de discussões respeitadas centradas na mulher (Coxon, Sandall & Fulop, 2013). Outros estudos também sugerem que quando o tratamento é bem coordenado e a equipa de trabalho possui uma uniformidade de valores e filosofias, a experiência da mulher no parto é mais positiva (Rocca-Ihenacho, Newburn & Byrom, 2017).

O percurso de cuidados da mulher poderá ser complementado com uma consulta com um profissional mais experiente para discutir a especificidade da situação da mulher, considerando as suas opções. O plano de cuidados subsequente será desenvolvido em parceria com a mulher, tendo em consideração as orientações dadas pelo clínico, baseadas em evidência científica. Este plano é continuamente revisto e discutido durante a gravidez da mulher.

NORMA 6

A Unidade de Cuidados na Maternidade compromete-se com uma filosofia de fornecimento de informação, tão cedo quanto possível, mantendo as decisões em aberto.

- A informação baseada na evidência científica sobre os vários percursos de cuidados e locais de nascimento está disponível no início dos cuidados pré-natais e a partir desse momento;
- As mulheres e os seus acompanhantes têm igual acesso à informação sobre UCM e sobre os percursos de cuidados, independentemente do seu estatuto sociocultural e dos seus fatores clínicos;
- Todos os membros da equipa multidisciplinar devem fornecer informação consistente, sem viés, baseada em evidência científica, sobre o local de nascimento e os percursos de cuidados, respeitando e reconhecendo a autonomia da mulher.



Imagem © Sarah Ainslie Photography
www.sarahainslie.com

TEMA 4 – Percurso de cuidados para as mulheres

NORMA 7

A Unidade de Cuidados na Maternidade é um centro integrado na comunidade local.

- a) Todas as mulheres de uma comunidade local devem ter acesso à maioria dos cuidados na gravidez, parto e pós-parto, nas UCM, independentemente do local onde pretendem parir;
- b) Para uma UCMEH, a integração na comunidade pode consistir numa equipa totalmente integrada que cubra os serviços na UCM, na comunidade e os partos em casa e/ou EESMO que trabalhem de acordo com o modelo *caseloading*;
- c) Para uma UCMH, a integração na comunidade pode consistir em EESMO dos cuidados de saúde primários, que fazem turnos na UCM e/ou integração de grupos de EESMO que trabalhem de acordo com o modelo *caseloading*, a acompanharem as suas parturientes na UCM;
- d) Todas as mulheres e recém-nascidos, que utilizem a UCM, têm acesso a serviços de apoio pré-natal e pós-natal, incluindo apoio proativo face às mudanças físicas e emocionais, à alimentação da criança, bem como rastreio auditivo, exame do recém-nascido, avaliação clínica, etc.

CONTINUIDADE NA ASSISTÊNCIA À MULHER: O MODELO CASELOADING

Por *caseloading*, entende-se o modelo de atendimento à mulher em que a continuidade de cuidados pelo mesmo EESMO é garantida durante todo o processo: desde a primeira entrevista, durante o período pré-natal, o parto e até ao puerpério. O EESMO de referência cuida do planeamento, organização e prestação de toda a assistência à mulher, e é o primeiro contacto. Faz, também, referência e ponte de ligação a outros profissionais e/ou especialistas quando necessário. Este modelo está associado a melhores resultados perinatais e a uma maior satisfação, relatada tanto por mulheres como por EESMO.

(Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, J. Sandall, H. Soltani, S. Gates, A. Shennan, D. Devane, Cochrane Database Syst. Rev, 2016)

NORMA 8

A Unidade de Cuidados na Maternidade está disponível a todas as mulheres para cuidados personalizados e individualizados.

- a) Todas as UCM têm normas internas, baseadas na evidência científica, para avaliar se as mulheres respeitam os critérios de inclusão para receber cuidados liderados pelos EESMO (i.e. NICE, 2014; RQIA/GAIN, 2016 ou Healy & Gillen, 2017 *Guidelines*);
- b) Todas as UCM têm a possibilidade de oferecer a cada mulher uma consulta para discussão de um plano de cuidados personalizado, tendo em conta os seus desejos, independentemente das complexidades da gravidez (i.e., consulta de opções de parto);
- c) Durante a discussão deste plano de cuidados, a mulher pode debater as suas opções com um elemento mais experiente da equipa;
- d) Existe um plano de cuidados personalizado e um profissional nomeado responsável pelos cuidados a cada mulher e recém-nascido.

NORMA 9

A Unidade de Cuidados na Maternidade possui protocolos claros de referência.

- a) Para a indicação e para o processo de transferência para uma unidade obstétrica ou neonatal (com uma declaração clara de reconhecimento da autonomia da mulher);
- b) Para a unidade de saúde local e para os serviços sociais;
- c) Protocolos específicos para referência multidisciplinar e interinstitucional;
- d) Para os cuidados de saúde primários, médicos de família ou clínicos gerais.

TEMA 5 – Profissionais e carga de trabalho

Os serviços da Unidade de Cuidados na Maternidade (UCM) são necessários 24 horas por dia, sete dias por semana. Isto pode ser oferecido pela UCM através de uma equipa permanente ou com EESMO à chamada. As UCM reconhecem que os partos espontâneos ocorrem mais no período noturno do que no período diurno, atingindo o seu pico entre a 1 e as 7 horas da manhã (Macfarlane et al., 2018). Durante a gravidez e no período pós-natal, as mulheres, na sua maioria, necessitam de cuidados contínuos e/ou urgentes de EESMO. Evidência científica de elevada qualidade sugere que modelos de continuidade de prestador de cuidados conduzem a melhores resultados (Sandall et al., 2016) e os serviços devem, tanto quanto possível, implementar a continuidade dos cuidados nas UCM, incluindo quando ocorre a transferência para unidades obstétricas e durante o período pós-natal. Isto pode implicar a presença de uma equipa de EESMO a trabalhar nas Unidades de Cuidados na Maternidade Extra-Hospitalares (UCMEH) ou Unidades de Cuidados na Maternidade Hospitalares (UCMH), e no parto em casa, a prestar cuidados pré-natal, intraparto e no pós-parto, seguindo as preferências da mulher.

Pode não ser possível, nem necessário, ter uma estrutura física onde esteja uma equipa permanente (24h, 7 dias), no entanto, o princípio é oferecer cuidados sempre que são necessários, atribuindo recursos humanos à mulher e não ao espaço físico. As UCM oferecem uma oportunidade única de implementar a continuidade de cuidados e a flexibilidade dos serviços dos EESMO, de acordo com as necessidades e preferências das mulheres.

NORMA 10

O pessoal essencial inclui uma equipa principal e a liderança de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no local, para promover elevados padrões de qualidade, o sentimento de pertença e uma filosofia de cuidados apropriada.

Existe um número suficiente de profissionais, de forma a assegurar:

- Atendimento 24 horas por dia, sete dias por semana. Em alguns contextos, podem ser necessários EESMO que estejam disponíveis para assistir mulheres no domicílio ou nas unidades, em vez de uma equipa permanente 24 horas por dia, 7 dias por semana (i.e., EESMO dos Cuidados de Saúde Primários ou *caseloading*);
- Rácio de 1-para-1 (uma mulher para cada EESMO) e uma presença contínua durante o trabalho de parto e parto;

- Cuidados seguros para a mulher e bebé, incluindo uma política clara de referência que assegure uma transferência segura;
- Os EESMO, que prestam os cuidados nas UCM, estão habilitados a transferir-se com a mulher para uma unidade obstétrica, se ela assim o desejar ou em caso de necessidade;
- O apoio de um EESMO mais experiente está sempre disponível (pessoalmente, por telefone, ou à chamada);
- Equipa de EESMO habilitadas a fazer o exame físico ao recém-nascido e que possam dar alta aos recém-nascidos saudáveis;
- Um segundo EESMO está disponível durante o segundo estágio do trabalho de parto e presente no momento do nascimento;
- Um número apropriado de assistentes operacionais, como parte integrante da equipa principal, para dar apoio aos EESMO.

NORMA 11

A avaliação da carga de trabalho deve incluir todas as atividades na Unidade de Cuidados na Maternidade, e não apenas os cuidados intraparto e o número de nascimentos.

Os cuidados providenciados pela UCM devem incluir:

- Avaliação por um EESMO (idealmente pelo EESMO nomeado como responsável pelos cuidados ou pela sua equipa), por telefone, em casa ou na UCM quando requerida pela mulher, por qualquer motivo, tanto na gravidez como no início do trabalho de parto;
- Alta da UCM;
- Apoio na amamentação, exame do recém-nascido, rastreio auditivo, etc;
- Consultas pré e pós-natal;
- Visita à UCM;
- Grupos pré e pós-natais;
- Outros grupos/sessões/atividades ligadas à comunidade onde os EESMO prestam cuidados e/ou participem.

TEMA 6 – Conhecimento, capacidades e treino

É crucial que os EESMO que trabalham em Unidades de Cuidados na Maternidade Extra-Hospitalares (UCMEH) em Unidades de Cuidados na Maternidade Hospitalares (UCMH) providenciem cuidados baseados na evidência científica, competentes, seguros e adaptados às necessidades e preferências das mulheres (International Confederation of Midwives, 2013; National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

Como a formação de base dos EESMO ainda ocorre, maioritariamente, em unidades obstétricas, é essencial que todos os EESMO sejam apoiados no desenvolvimento da filosofia, do conhecimento e das capacidades requeridas para prestar cuidados às mulheres nas UCM (Rocca-Ihenacho, Newburn & Byrom, 2017; Walker et al., 2018).

A evidência científica sugere, também, que a cultura organizacional e da equipa podem influenciar fortemente a promoção, ou não, de um ambiente de aprendizagem positivo (Alderwick et al., 2017). Investigação prévia realizada em UCM sugere que estas funcionam bem quando existe uma filosofia de partilha de aprendizagem e de boas práticas (aprender uns com os outros), assim como relações de confiança na equipa (McCourt et al., 2011, 2014; Rayment et al., 2015; Rocca-Ihenacho, Newburn & Byrom, 2017).

NORMA 12

Existe uma lista consensual, escrita, de conhecimentos e capacidades exigidos aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica para o exercício de funções numa Unidade de Cuidados na Maternidade.

A UCM possui um documento, detalhando o conhecimento e as capacidades exigidas aos EESMO, incluindo, mas não limitado a:

- a) Compreensão abrangente da fisiologia e anatomia relacionada com a gravidez, parto e pós-parto;
- b) Capacidade para prestar cuidados respeitosos;
- c) Capacidade para lidar com situações interpessoais difíceis;
- d) Comunicação e técnicas de apoio ao trabalho de parto e parto fisiológicos;
- e) Compreensão e aplicação de práticas baseadas na evidência científica;
- f) Compreensão do uso da evidência científica e das orientações como guias, e não como regras para cada mulher;
- g) Capacidade refletiva e de reflexão;
- h) Avaliação fetal, incluindo a auscultação intermitente;
- i) Utilização de água e o parto na água;
- j) Emergências obstétricas na UCM (incluindo cuidados iniciais, referência e transferência);
- k) Reanimação materna (Suporte Básico de Vida ou SBV) e neonatal (Suporte de Vida Neonatal ou SVN);
- l) Prescrição e administração de fármacos (de acordo com o protocolo);
- m) Cateterização endovenosa;
- n) Realização de suturas;
- o) Capacidade para a tomada de decisão em relação à avaliação inicial, à avaliação contínua e à recomendação para transferir para as unidades obstétricas.



Imagem © Rory Flint

NORMA 13

A Unidade de Cuidados na Maternidade possui planos de formação e de desenvolvimento profissional contínuo.

- a) Os profissionais da UCM têm tempo dedicado ao treino, *team building* e reuniões de equipa, contemplado no seu horário de trabalho;
- b) Os dias programados para treino interdisciplinar incluem EESMO, assistentes operacionais, neonatologistas, profissionais de serviços de ambulância e médicos de medicina geral e familiar (com alguns dias de estudo localizados na UCM);
- c) Treino para toda a equipa interdisciplinar incluindo conhecimentos e capacidades em cuidados personalizados, autonomia das mulheres e trabalho de parto e parto fisiológicos;
- d) Todos os profissionais estão atualizados, de acordo com a mais recente evidência científica, e têm capacidade de comunicação para partilhar esta informação com as mulheres;
- e) Efetuam-se reuniões de equipa (pelo menos mensalmente) para aprender uns com os outros e manter uma filosofia e visão partilhadas sobre a UCM;
- f) A organização apoia a obtenção de acreditações, como a Iniciativa Amiga dos Bebés da UNICEF;
- g) O treino (pelo menos anualmente) deve incluir, mas não estar limitado a:
 - como apoiar o parto fisiológico;
 - capacidade de comunicação;
 - parceria na tomada de decisão e autonomia das mulheres;
 - avaliação do bem-estar fetal e auscultação intermitente;
 - emergências obstétricas em UCM e capacidades para a transferência;
 - reanimação neonatal e materna.

NORMA 14

A Unidade de Cuidados na Maternidade tem um enquadramento para tutoria e orientação.

- a) Maximizar as oportunidades para que os diferentes profissionais de saúde, envolvidos nos cuidados de saúde materna, e estudantes sejam expostos à normalidade, fisiologia e cuidados na maternidade liderados por EESMO, de modo a que a filosofia possa ser difundida pelos serviços de saúde materna, respeitando a singularidade do momento e a privacidade das mulheres;
- b) Cada profissional da área da saúde materna recebe uma orientação na UCM para que se familiarize com o ambiente, o equipamento e a equipa;
- c) O manual de integração e/ou manual de tutoria incluem os valores e as competências específicas da UCM;
- d) Todos os profissionais da área da saúde materna e estudantes têm a oportunidade de realizar ensino clínico numa UCM durante a sua formação.



Imagem © Ellen Thaels, Midwifery Unit Network

TEMA 7 – Ambiente e instalações

O ambiente físico tem um papel determinante nas experiências dos utilizadores dos serviços (McCourt et al., 2016). O ambiente da Unidade de Cuidados na Maternidade (UCM) influencia e tem potencial para promover a saúde e o bem-estar das mulheres, das suas famílias e dos profissionais (Jenkinson, Josey & Kruske, 2013; Hammond, Homer & Foureur, 2017). É importante considerar a localização da UCM em relação à unidade obstétrica, assim como assegurar um ambiente salutogénico (McCourt et al., 2016) dentro da própria unidade: um ambiente que promova a saúde, o estabelecimento de relações positivas e fortalecedoras, e que seja adaptado às necessidades da mulher em trabalho de parto, com privacidade, espaço para se mover e uma atmosfera calma, assim como às dos seus acompanhantes e membros familiares.

Devem ser cumpridas as regras de segurança específicas de cada país, de acordo com os regulamentos de segurança para infraestruturas públicas.

NORMA 15

A Unidade de Cuidados na Maternidade oferece um ambiente que promove um modelo de cuidados biopsicossocial e a construção de relações interpessoais.

- a) A filosofia da UCM deve transparecer através do ambiente físico e de todas as imagens visuais e escritas, incluindo imagens de parto na água, bebés a mamar, paisagens relaxantes, a utilização de cores, tecidos e texturas, etc.;
- b) A UCM inclui espaços sociais comuns, tais como áreas onde as mulheres podem passar tempo juntas, espaços de cozinha partilhados pelos utilizadores dos serviços e pelos profissionais da instituição, etc.



Esquerda: © Meadow Birth Centre (creditado ao Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust).

Direita: © Evelyn Gomes dos Anjos (evelynangelfotografia@gmail.com).

NORMA 16

A Unidade de Cuidados na Maternidade oferece um ambiente que apoia a mobilização e o parto ativo*.

- a) Os quartos da UCM têm espaço para as mulheres se moverem livremente durante o trabalho de parto e o parto, e a cama não ocupa uma posição dominante na sala;
- b) O quarto está configurado para facilitar a mobilidade da mobília e do equipamento;
- c) É providenciado equipamento de apoio ao parto ativo: colchões de parto, pufe, bolas de parto, etc.;
- d) Em todos os quartos existe uma piscina de parto e/ou uma banheira grande ou chuveiro;
- e) O acesso a um espaço verde exterior é providenciado, se possível, para encorajar a mulher a caminhar em ambientes naturais durante o trabalho de parto.

* o parto ativo é sustentado por 3 ideias fundamentais:

1. a mulher é encorajada a usar posições verticais e instintivas no parto;
 2. a resposta hormonal natural é estimulada durante o trabalho de parto;
 3. a mulher é empoderada a tomar as suas decisões sobre o parto.
- (www.activebirthcentre.com, accessed November 2019)



NORMA 17

A Unidade de Cuidados na Maternidade oferece um ambiente que protege e promove o relaxamento, a privacidade e a dignidade.

- a) O quarto permite flexibilidade para regular a luz, filtrando a luz do dia, regulando as suas cores e ajustando-as de acordo com as preferências da mulher em trabalho de parto;
- b) Existe uma área entre o espaço público e o quarto, de modo a proteger a privacidade e assegurar uma atmosfera calma. Isto pode ser alcançado através da arquitetura da sala ou, se necessário, utilizando o mobiliário;
- c) As janelas do quarto e das salas de consulta devem assegurar a privacidade, assim como a possibilidade de criar ambientes com luz ténue, se necessário.

NORMA 18

A disposição física e o desenho da Unidade de Cuidados na Maternidade obedecem aos valores biopsicossociais do modelo de cuidados.

- a) Foi considerada a localização da unidade em relação aos outros serviços. As UCM devem ser mantidas como espaços físicos separados e independentes, com uma entrada separada, uma área de receção, salas de consulta e outras instalações, tais como cozinha e espaços sociais;
- b) O número de quartos necessário pode ser calculado tendo por base 36% do número de partos estimado por ano (Walsh et al., 2018), considerando que a ocupação total de um quarto, anualmente, é de 100 a 150 partos (máximo);
- c) Uma UCM inclui:
 - salas de consulta para cuidados pré e pós-natais;
 - espaços de armazenamento para evitar que o material clínico e os equipamentos sejam exibidos em áreas comuns;
 - organização do espaço para a deposição do lixo doméstico e da roupa suja;
 - locais para receção de bens e mercadorias;
 - equipamento para emergências obstétricas e reanimação neonatal, sujeito a manutenções regulares e, idealmente, resguardado da vista;

- mobiliário de fácil limpeza e em conformidade com as diretrizes específicas para controlo de infeção da UCM;
- dependendo da natureza dos serviços oferecidos, um espaço para sessões em grupo pré e pós-natais (i.e. sessões práticas e teóricas de preparação para parto e parentalidade, amamentação, parto ativo), sessões de massagem ao recém-nascido, etc;

d) Um quarto inclui:

- uma cama dupla para descanso após o parto, que permita aos parceiros(as) ou acompanhantes ficarem de um dia para o outro, mantendo-se confortáveis durante a noite;
- uma casa de banho privativa;
- uma piscina de parto, sempre que possível;
- equipamento clínico e de emergência, que é armazenado quando não é necessário;
- equipamento de reanimação neonatal dentro da sala (não visível) ou reanimadores portáteis armazenados fora da sala;
- equipamento adequado para facilitar a sutura, quando necessário (armazenado quando não está a ser utilizado);

e) Deve ser dada a possibilidade às mulheres, se assim o desejarem, de permanecerem acomodadas no mesmo quarto para o trabalho de parto, o parto e a estadia pós-parto;

f) A UCM segue as diretrizes específicas de controlo de infeção das UCM.

NORMA 19

A Unidade de Cuidados na Maternidade está visível e acessível na comunidade.

- a) A UCM está facilmente visível e acessível ao público, através de um nome e sinalização claros e descritivos, com sinais claros a indicar os acessos mais fáceis para a unidade, parque de estacionamento para os profissionais e para as mulheres que recorrem a estas unidades, assim como os acessos para transportes públicos;
- b) A UCM está facilmente acessível e tem instalações adequadas e facilitadoras de uma transferência rápida para uma unidade obstétrica/neonatal quando necessário, ou em caso de emergências.

TEMA 8 – Autonomia e responsabilidade

Apesar da existência de evidência científica de elevada qualidade que associa os cuidados liderados por EESMO a melhores resultados de saúde para mulheres saudáveis, com gravidez sem complicações, e para os seus bebés, ainda existem lacunas na oferta destes cuidados, assim como uma subutilização dos mesmos. Ao nível da política nacional e no âmbito dos serviços de saúde, os EESMO ainda lutam, na maior parte dos países europeus, por representatividade nos sistemas de saúde, e por estruturas e instalações que lhes permitam trabalhar no âmbito da sua plena autonomia profissional (International Confederation of Midwives, 2011).

Os serviços de cuidados na maternidade, por toda a Europa, nem sempre foram construídos e organizados em torno das necessidades das mulheres e do seu direito a fazer escolhas informadas (White Ribbon Alliance, 2012). As Unidades de Cuidados na Maternidade (UCM) oferecem um ambiente onde a autonomia da mulher pode e deve ser elevada, aliada à autonomia dos EESMO para as apoiarem nas suas escolhas.

NORMA 20

A Unidade de Cuidados na Maternidade tem uma política de reconhecimento da autonomia e da responsabilidade dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.

A política da UCM inclui:

- a) Uma declaração objetiva de reconhecimento das competências e autonomia profissional dos EESMO para cuidar de mulheres e bebés saudáveis;
- b) Uma declaração clara a respeito da obrigação e da capacidade dos EESMO para a prestação de cuidados personalizados;
- c) Uma estrutura de apoio aos EESMO (e à equipa multidisciplinar) para providenciar o aconselhamento e cuidado a mulheres que pedem para ter o parto na UCM e que apresentam alguns elementos de complexidade:
 - tempo adequado para permitir que os EESMO e os EESMO mais experientes discutam as preferências de cuidados e as opções com as mulheres;
 - um EESMO mais experiente, ou outro profissional perito, disponível à chamada, para aconselhamento clínico e profissional;
 - um sistema para documentação do que foi discutido com a mulher, do aconselhamento clínico, baseado em evidência científica, que lhe foi fornecido e da decisão que ela tomou.

NORMA 21

A Unidade de Cuidados na Maternidade tem uma política de reconhecimento da autonomia das mulheres.

A política da UCM:

- a) Evita a dicotomia rígida de mulheres de baixo /alto risco e promove o acompanhamento personalizado e os cuidados holísticos;
- b) Proporciona sistemas que garantam o apoio às mulheres que apresentam alguns elementos de complexidade e que, mesmo assim, pretendam optar pelos cuidados na UCM;
- c) Inclui uma declaração clara reconhecendo e encorajando a autonomia das mulheres no processo de tomada de decisão;
- d) Inclui medidas para recolher o *feedback* das mulheres e dos seus acompanhantes, tais como as experiências positivas, as reclamações, os motivos das transferências e os testemunhos sobre o impacto pessoal, assim como recomendações face a eventos adversos.

TEMA 9 – Liderança

Existe evidência científica robusta que associa qualidade, segurança e sustentabilidade dos cuidados na maternidade à liderança de alta qualidade (Alderwick et al. 2018). Os resultados da investigação sobre as Unidades de Cuidados na Maternidade (UCM) enfatizam que as unidades com bom funcionamento são, frequentemente, caracterizadas por uma liderança forte e transformacional (McCourt et al., 2011; McCourt et al., 2014). No Reino Unido, este tipo de liderança é frequentemente exercido por EESMO Consultores. Um estudo recente, sobre a aceitação social das UCM, evidenciou que as unidades com um EESMO Consultor a liderar eram mais propensas a ter uma boa aceitação (Walsh et al., 2018).

Independentemente das pequenas diferenças apresentadas pelas UCM de alto desempenho, a evidência científica de natureza qualitativa, de estudos de caso, geralmente descreve os seguintes atributos-chave:

- liderança focada em estabelecer a cultura e a filosofia certas no cuidado à mulher;
- espírito de pertença na equipa;
- respeito pela autonomia das mulheres e dos EESMO;
- promoção ativa de inclusão e relações positivas nos serviços de Saúde da Mulher e Obstetrícia.

Em Inglaterra, o papel de EESMO Consultor visa incluir os atributos acima referidos para garantir uma liderança transformacional eficaz nos serviços de maternidade no geral e nas UCM.

O papel do EESMO Consultor no Reino Unido

O papel do EESMO Consultor foi estabelecido no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, no ano 2000, após a publicação de uma circular do Serviço de Saúde (1999). O objetivo do EESMO Consultor era contribuir para a obtenção de melhores resultados para as mulheres e bebês, através da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, fortalecer a liderança e proporcionar uma nova oportunidade de carreira com vista a reter EESMO especializados e experientes na prática clínica. O papel destes EESMO deveria conter quatro elementos chave:

- prática clínica especializada;
- liderança;
- educação e evolução profissional;
- investigação científica e avaliação.

Estes profissionais são EESMO experientes, com qualificações de nível superior, competências clínicas especializadas e credibilidade, que exercem liderança clínica profissional a EESMO e outros colegas da equipa de saúde da mulher e obstetrícia. Uma exigência deste cargo é contribuir para a formulação das políticas e do planeamento estratégico dos serviços e, nesse sentido, muitos Consultores criaram novos serviços, tais como UCM, *caseloading* para mulheres com necessidades sociais complexas, e consultas para planos de cuidados personalizados.

Estes EESMO exercem com um grau superior de autonomia pessoal e profissional, usando o seu juízo crítico e tomando decisões face a situações inéditas. Muitos concentram-se no fortalecimento e na implementação de uma prática clínica efetiva, apoiando as mulheres em decisões informadas.

Os cargos de EESMO Consultor exigem que pelo menos 50% do seu tempo disponível seja a trabalhar diretamente com as utentes para manter a competência profissional e sustentar a perícia.

Pauline Cooke, Consultant Midwife Imperial College Healthcare NHS Trust

TEMA 9 – Liderança

NORMA 22

Existe uma liderança visível e consistente na Unidade de Cuidados na Maternidade.

- a) Existe a presença contínua de um líder assistencial responsável por dar apoio aos membros da equipa menos experientes;
- b) Existe um EESMO líder, ao nível operacional, para a UCM. Esta pessoa é responsável:
 - pela filosofia da unidade, gestão de pessoal, qualidade e segurança;
 - por garantir a provisão de equipamento e materiais;
 - pelas normas de governança clínica e controlo de infeção;
 - pelo bom funcionamento geral da unidade.

Esta pessoa deve estar visível na UCM, manter-se envolvida na prática clínica diária, ser capaz de apoiar a equipa através da sua prática clínica e ser capaz de partilhar conhecimento e experiência (incluindo planos para situações não contempladas nos protocolos, estar à chamada, etc);

- c) Existe um papel estratégico de responsável pela tomada de decisão sobre recursos e políticas e de atuação como defensor da UCM. Esta pessoa poderá ser a mesma que em b) ou uma pessoa diferente.

NORMA 23

A Unidade de Cuidados na Maternidade tem uma liderança transformacional de alta qualidade.

Líderes a todos os níveis devem cumprir os seguintes requisitos:

- a) Experiência clínica relevante de trabalho em UCM;
- b) Capacidade para expressar uma visão sólida para a UCM;
- c) Vontade e compromisso com a missão e a sustentabilidade da UCM;
- d) Conhecimento – ciente da prática baseada na evidência científica e com competências profissionais relevantes;
- e) Estilo de liderança positivo e inclusivo, demonstrando acessibilidade;

- f) Capacidade para advogar pela unidade e pela sua equipa profissional;
- g) Atitude de apoio face às escolhas das mulheres;
- h) Rigor profissional e capacidade para ser um exemplo para a sua equipa de profissionais;
- i) Capacidade para estabelecer boas relações de trabalho com profissionais de quadros superiores e entre grupos profissionais;
- j) Tomada de decisão partilhada com a equipa de trabalho;
- k) Capacidade para responder a incidentes críticos atempada e clinicamente apropriada.

NORMA 24

Existe um grupo consultivo multidisciplinar, que inclui representantes dos utilizadores dos serviços, que define a visão para a Unidade de Cuidados na Maternidade.

- a) O grupo consultivo é composto por utilizadores dos serviços, representantes da população da sua área de abrangência, profissionais da UCM, outros profissionais de saúde, profissionais de emergência pré-hospitalar e representantes do Ministério da Saúde/Administração Regional de Saúde. O objetivo deste grupo de pessoas é permitir que haja um envolvimento da população, facilitar a coprodução com os prestadores de cuidados e apoiar uma cultura de responsabilidade perante o público;
- b) O grupo consultivo necessita de ser estabelecido aquando do planeamento da abertura da UCM;
- c) O grupo consultivo reúne-se, pelo menos, trimestralmente para ser informado e poder aconselhar acerca: das tendências relativas aos locais de parto planeados e às transferências realizadas, da informação dada aos futuros pais, do *marketing*, da relação com outros serviços e especialidades, do desenvolvimento dos profissionais e da unidade, do *feedback* dos utentes, etc.

Outras atividades e resultados podem incluir: um relatório anual, revisões clínicas multidisciplinares para relatar casos de prática de excelência, auditoria das transferências efetuadas, apresentação anual das atividades à comunidade local.

TEMA 10 – Governança clínica

A Unidade de Cuidados na Maternidade (UCM) deverá ser apoiada por uma estrutura sólida de governança clínica. É necessário desenvolver uma cultura organizacional que incute um espírito de pertença aos profissionais de saúde, e de inclusão aos utilizadores do serviço, para o processo contínuo de melhoria da UCM (Ross & Naylor, 2017). Uma cultura baseada na transparência e na abertura, extensível aos restantes serviços de saúde materna e obstétrica (onde os casos deverão ser revistos e as causas de resultados adversos e de experiências negativas identificadas e refletidas), incentivará a aprendizagem e facilitará a melhoria contínua do serviço (Jabbal, 2017).

NORMA 25

A Unidade de Cuidados na Maternidade possui diretrizes, políticas e procedimentos baseados em evidência científica, sujeitos a revisão regular.

- As diretrizes e os procedimentos são coproduzidos e acordados por uma equipa multidisciplinar que inclui a unidade obstétrica, a unidade neonatal e os serviços de emergência;
- As diretrizes de transferência entre a UCM e a unidade obstétrica promovem a integração de serviços e percursos de atendimento às mulheres e seus bebés quando transferidos entre unidades;
- A política operacional e as diretrizes devem ser revistas anualmente;
- Existe uma política de referenciação, para questões relacionadas com a gestão de profissionais e do atendimento às utentes, que reconhece a autonomia dos profissionais que trabalham na UCM. As unidades obstétricas têm o seu próprio sistema, “à chamada”, para evitar mobilizar EESMO da UCM para estas;
- Existe uma política escrita de gestão de risco e um sistema de auditoria;
- As diretrizes, no âmbito materno e neonatal, assim como qualquer outro documento da UCM, sustentam-se em diretrizes baseadas na evidência científica (incluindo a utilização de diretrizes internacionais, quando apropriado).

NORMA 26

A Unidade de Cuidados na Maternidade tem orientações sobre os critérios de elegibilidade para a escolha do local de nascimento.

- Existência de um acordo acerca das características limite que suscitem discussão entre as mulheres, a equipa da UCM e a equipa de obstetrícia, para determinação do plano de cuidados ideal e do local de parto;
- Onde existam uma Unidade de Cuidados na Maternidade Hospitalar e uma Unidade de Cuidados na Maternidade Extra-hospitalar, as orientações definem a existência de características limitadoras à prestação de cuidados nas diferentes unidades.

NORMA 27

A Unidade de Cuidados na Maternidade demonstra compromisso para a melhoria contínua.

A UCM promove a melhoria contínua do serviço através da:

- Existência e monitorização de um procedimento de reclamações para funcionários e utilizadores do serviço;
- Monitorização e recolha habitual de *feedback* por parte dos profissionais e utilizadores do serviço;
- Processo de melhoria contínua baseado nos resultados clínicos e na experiência dos profissionais e utilizadores do serviço;
- Rápida disseminação da aprendizagem resultante da análise de incidentes;
- Dedicação de tempo para os profissionais executarem auditorias;
- Auditoria contínua das mulheres que se registam para vigilância da gravidez, do número de partos, dos resultados clínicos e das necessidades de transferência para outras unidades;
- Apresentação semestral dos resultados da auditoria para todos os serviços da Maternidade.

A UCM recolhe dados de acordo com o sugerido nos programas nacionais, com especial atenção às melhorias em saúde pública e à redução das desigualdades em saúde:

- Aumento do número de partos fisiológicos;

TEMA 10 – Governança clínica

- i) Redução das intervenções desnecessárias (ex: cesarianas);
- j) Redução da morbidade materna e infantil (incluindo resultados de saúde física e mental);
- k) Melhoria no acesso precoce aos cuidados;
- l) Melhoria dos resultados na amamentação;
- m) Melhorias na cessação do tabagismo, na nutrição materna, na redução do consumo de substâncias ilícitas e no consumo de álcool;
- n) Apoio às mulheres em situações vulneráveis.

NORMA 28

A Unidade de Cuidados na Maternidade tem um adequado sistema de informação.

A UCM tem um sistema de informação alinhado com o Regulamento Geral da Proteção de Dados que garante:

- a) Armazenamento de dados e documentação rigorosos, contemporâneos e sujeitos a auditoria regular;
- b) Sistemas de informação fiáveis e mecanismos de colheita de dados que facilitem a criação de relatórios e a auditoria de atividades e resultados;
- c) O mesmo sistema de informação deverá ser utilizado/partilhado pelos profissionais nos cuidados de saúde primários e secundários;
- d) A recolha de dados sobre os cuidados (atividades e resultados) deverá ser eletrónica;
- e) A existência de um sistema de registo de incidentes clínicos, e uma investigação e resolução transparente dos mesmos;
- f) Registos eletrónicos acessíveis, ao nível nacional, e relatórios estatísticos disponíveis ao público.

NORMA 29

A Unidade de Cuidados na Maternidade tem uma estratégia de comunicação e marketing.

- a) Promoção da UCM e vínculo com a comunidade através de:
 - boletins periódicos destinados à equipa da UCM que relatem atividades, resultados, incidentes, histórias positivas e sucessos;
 - boletins destinados ao público que incluam informações sobre os serviços disponíveis na UCM, histórias e experiências recentes;
- b) Informação e educação para a saúde através de:
 - disponibilidade para visitas à UCM;
 - uso de meios de comunicação social para promover a UCM;
 - sessões de preparação pré e pós-natal;
- c) Marketing da UCM através de:
 - sistemas para facilitar a publicidade “boca a boca” entre a população da área de abrangência da UCM;
 - oportunidades para as famílias conhecerem o conceito da Unidade durante a gravidez (por exemplo através da utilização da UCM para as sessões em grupo e as consultas);
- d) A UCM deverá ter uma estratégia de marketing que considera os quatro estádios da tomada de decisão como no Modelo AIDA – Atenção, Interesse, Desejo e Ação (Priyanka, 2013) – de modo a garantir que as escolhas das mulheres são apoiadas;
- e) Atividades de angariação de fundos que promovam o envolvimento e a consciencialização da população nas atividades da UCM, incentivando o sentimento de pertença por parte da equipa e utilizadores do serviço, e gerar fundos que poderão ser utilizados para diversos efeitos como eventos, formação, conferências, equipamento, etc.

REFERÊNCIAS

- AABC American Association of Birth Centres (2017) *Birth Center Standards*. [online] Available at: <https://www.birthcenters.org/page/Standards> [Accessed 1 June 2018].
- Ackerman, B., Cooke, P. and Hutcherson, A. (2009) *Standards for birth centres in England: a Standards document*. RCM, London.
- Alderwick, H., Jones, B., Charles, A. and Warburton, W. (2018) *Making the case for quality improvement. The King's Fund*. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-case-quality-improvement> (Accessed: 1 June 2018).
- Baby Friendly Initiative (2017) *Guide to the Baby Friendly Initiative Standards – Baby Friendly Initiative*. Available at: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/implementing-the-baby-friendly-standards/guide-to-the-baby-friendly-initiative-standards/> (Accessed: 9 June 2018).
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M., Petrou, S., Puddicombe, D., Redshaw, M., Rowe, R., Sandall, J., Silvertown, L. and Stewart, M. (2011) Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343(nov23 4), pp.d7400-d7400.
- Bryers, H. M. and Van Teijlingen, E. (2010) Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), pp.488-496.
- Coxon, K., Sandall, J. and Fulop, N. (2013) To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk & Society*, 16(1), pp.51-67.
- Davis Harte, J., Leap, N., Fenwick, J., Homer, C. and Foureur, M. (2014) Methodological insights from a study using video-ethnography to conduct interdisciplinary research in the study of birth unit design. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 8(1), pp.36-48.
- Davis-Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, pp.S5-S23.
- Downe, S. (2010) *Towards salutogenic birth in the 21st century*. Essential midwifery practice: intrapartum care. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd., pp.289-95.
- European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (2014) *Standards of Care for Women's Health in Europe*. EBCOG. Available at: <https://www.ebcog.org/single-post/2017/08/21/Standard-of-care-published> (Accessed: 1 June 2018).
- Hammond, A., Homer, C. and Foureur, M. (2017) Friendliness, functionality and freedom: design characteristics that support midwifery practice in the hospital setting. *Midwifery*, 50, pp.133-138.
- Healy M, Gillen P. (2016) *Planning birth in and admission to a midwife-led unit: development of a GAIN evidence-based guideline*. Evidence Based Midwifery 14(3): 82-86
- GAIN (RQIA, 2016) *Guideline for Admission to Midwife-Led Units in Northern Ireland & Northern Ireland Normal Labour & Birth Care Pathway*. RQIA: Belfast
- International Confederation of Midwives (2011) *ICM Position Statement. Midwifery: an autonomous profession*. Internationalmidwives.org. Available at: <https://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-position-statements-general/> (Accessed: 1 June 2018).
- International Confederation of Midwives (2013) *ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. Internationalmidwives.org. Available at: <https://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-position-statements-general/> (Accessed: 1 June 2018).
- Jabbal, J. (2017) *Embedding a culture of quality improvement*. The King's Fund. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/embedding-culture-quality-improvement> (Accessed: 4 June 2018).
- Jenkinson, B., Josey, N. and Kruske, S. (2013) *BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design*. Queensland: Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland.
- Jordan, B. and Davis-Floyd, R. (1993) *Birth in four cultures*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press.
- Kennedy, H. P., Cheyney, M., Dahlen, H. G., Downe, S., Foureur, M. J., Homer, C. S. E., Jefford, E. McFadden, A. Michel-Schuldt, M., Sandall, J., Soltani, H., Vedam, S. and Renfrew, M.J. (2018) Asking different questions: a call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*. 2018;1-10.
- Kirkham, M. (2010) *Sustained by joy: the potential of flow experience for midwives and mothers*. In Sustainability, Midwifery and Birth, pp. 105-118. Routledge.
- Kuruville, S., Bustreo, F., Kuo, T., Mishra, C.K., Taylor, K., Fogstad, H., Gupta, G.R., Gilmore, K., Temmerman, M., Thomas, J. and Rasanathan, K. (2016) *The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): a roadmap based on evidence and country experience*. Bulletin of the World Health Organization, 94(5), p.398.

REFERÊNCIAS

- Macfarlane, A.J., Rocca-Ihenacho, L., Turner, L. and Roth, C. (2014a) Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England – 1: Methods and women's overall ratings of care. *Midwifery*, 30(9), pp.998-1008.
- Macfarlane, A. J., Rocca-Ihenacho, L. and Turner, L. R. (2014b) Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England: – 2: Specific aspects of care. *Midwifery*, 30(9), pp.1009-1020.
- MacFarlane, A. J., Blondel, B., Mohangoo, A. D., Cuttini, M., Nijhuis, J., Novak, Z., Ólafsdóttir, H. S. and Zeitlin, J. (2016) Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(4), pp.559-568.
- McCourt, C., Rance, S., Rayment, J. and Sandall, J. (2011) *Birthplace qualitative organisational case studies: how maternity care systems affect the provision of care in different settings*. Birthplace in England research programme. Final report part 6. London: NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. and Sandall, J. (2012) Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: An analysis from the Birthplace organisational case studies. *Midwifery* 28(5), pp.636-645.
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. and Sandall, J. (2014) *An ethnographic organisational study of alongside midwifery units: a follow-on study from the Birthplace in England programme*. Health Services and Delivery Research, 2(7).
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. and Sandall, J. (2016) Place of birth and concepts of wellbeing: an analysis from two ethnographic studies of midwifery units in England. *Anthropology in Action*, 23(3), pp.17-29.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C., Pileggi, V., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J., Vogel, J. and Althabe, F. (2016) Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), pp.2176-2192.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence, (2007) *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during labour*. NICE Clinical Guideline No. 55. London: NICE; September 2007.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence, (2014) *Intrapartum care for healthy women and babies*, Clinical guideline [CG190] Published date: December 2014 Last updated: February 2017. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190> (Accessed: 9 June 2018).
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M. and Sandall, J. (2012a) Freestanding midwifery units versus obstetric units: does the effect of place of birth differ with level of social disadvantage? *BMC Public Health*, 12(1), p.478.
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M. and Sandall, J. (2012b) The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social Science & Medicine*, 74(7), pp.973-981.
- Rawal, P. (2013) AIDA Marketing communication model: stimulating a purchase decision in the minds of the consumers through a linear progression of steps. *International journal of multidisciplinary research in social & management sciences*, 1(1), pp.37-44.
- Rayment, J., McCourt, C., Rance, S. and Sandall, J. (2015) What makes alongside midwifery-led units work? Lessons from a national research project. *The Practising Midwife*, 18(6).
- Renfrew, M., McFadden, A., Bastos, M., Campbell, J., Channon, A., Cheung, N., Silva, D., Downe, S., Kennedy, H., Malata, A., McCormick, F., Wick, L. and Declercq, E. (2014) Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), pp.1129-1145.
- Rocca-Ihenacho, L. (2017) *An ethnographic study of the philosophy, culture and practice in an urban freestanding midwifery unit*. PhD Thesis. City, University of London.
- Rocca-Ihenacho, L., Newburn, M. and Byrom, S. (2017) *The Midwifery Unit Network: creating a community of practice to enhance maternity services*. *The Practising Midwife* 20(6):24-27.
- Ross S. and Naylor C. (2017) *Quality improvement in mental health*. London: The King's Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/publications/quality-improvement-mental-health (accessed: 1 June 2018).
- Rowe, R. and Birthplace in England Collaborative Group (2011) *Birthplace terms and definitions: consensus process*. Birthplace in England research programme. Final report part 2: NIHR Service Delivery and Organisation programme. Available at: <https://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace> (Accessed: 6 June 2018).

- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. and Devane, D. (2016) *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Scarf, V., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H., Ellwood, D., Forster, D., Foureur, M., McLachlan, H., Oats, J., Sibbritt, D., Thornton, C. and Homer, C. (2018) Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, pp.240-255.
- Schroeder L., Petrou S., Patel N., Hollowell J., Puddicombe D., Redshaw M., et al. (2011) *Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis. Birthplace in England research programme*. Final report part 5. NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- UNFPA, ICM and WHO (2018) *State of the World's Midwifery 2014*. Available at: <https://www.unfpa.org/sowmy> (Accessed: 21 June 2018).
- Walsh, D. and Newburn, M. (2002) Towards a social model of childbirth. *British Journal of Midwifery*, 10, 9, pp. 540–544.
- Walsh, D. (2006a) Birth centres, community and social capital. *MIDIRS Midwifery Digest*, 16(1), pp.7-15.
- Walsh, D. (2006b) 'Nesting' and 'Matrescence' as distinctive features of a free-standing birth centre in the UK. *Midwifery*, 22(3), pp.228-239.
- Walsh, D. (2006c) Subverting the assembly-line: childbirth in a free-standing birth centre. *Social Science & Medicine*, 62(6), pp.1330-1340.
- Walsh, D., Spiby, H., Grigg, C. P., Dodwell, M., McCourt, C., Culley, L., Bishop, S., Wilkinson, J., Coleby, D., Pacanowski, L. and Thornton, J. (2018) Mapping midwifery and obstetric units in England. *Midwifery*, 56, pp.9-16
- White Ribbon Alliance (2012) *Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women*. Washington DC: White Ribbon Alliance; October 2011. Available from: http://whiteribbonalliance.org/wpcontent/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf (accessed: 1st June 2018).
- World Health Organization (2016a) *The global strategic directions for strengthening nursing and midwifery*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2016b) *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2018) *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

APÊNDICE 1 – Métodos para a criação das Normas para Unidades de Cuidados na Maternidade

O desenvolvimento destas Normas reuniu conhecimentos de duas fontes-chave:

A. Estudos de investigação publicados

Efetuámos uma **revisão sistemática**, de estudos de natureza qualitativa, relacionada com as Unidades de Cuidados na Maternidade (UCM) [extra-hospitalares (UCMEH) e hospitalares (UCMH)]. Foram incluídas publicações cuja investigação foi sujeita a revisão por pares, teses de doutoramento não publicadas, e estudos qualitativos sobre a organização, a gestão e a experiência de UCM em países desenvolvidos com alto rendimento. A revisão identificou 24 artigos relevantes, um relatório e três teses de doutoramento.

Foi efetuada uma **metassíntese** com recurso ao programa NVivo. Identificaram-se e codificaram-se os temas encontrados na análise dos resultados dos estudos. Isso gerou uma lista de 43 temas, que apareceram pelo menos uma vez no conjunto de dados (uma descrição completa dos métodos e resultados da revisão será apresentada, separadamente).

B. Conhecimento dos peritos

1. Estudo de Delphi

Um grupo abrangente de peritos em UCM foi convidado a participar em dois inquéritos. Foi publicada uma convocatória, para manifestação de interesse, em fóruns relevantes para profissionais e foram enviados convites a peritos e a profissionais recomendados pelas principais organizações profissionais. O estatuto de perito foi definido como: ter experiência no desenvolvimento (EESMO Consultores, gestores, etc.), na gestão (chefes de unidade, chefes de equipa, etc.), na avaliação (investigadores, professores, etc.) ou na prática clínica (mínimo dois anos de experiência) em UCM. Incluiu-se, ainda, EESMO, Obstetras e Neonatologistas e outro pessoal associados a UCM. Alguns peritos internacionais foram incluídos para se conhecer a sua opinião sobre o assunto, ao nível internacional. Foram convidados a participar no primeiro inquérito 120 peritos e 122 no segundo.

O estudo de Delphi envolveu duas rondas, online, com utilização do programa Qualtrics.

O formulário do inquérito inicial baseou-se nas Normas do Royal College of Midwives (Ackerman et al., 2009), utilizando assim os conhecimentos técnicos originais

que serviram de base à elaboração deste documento normativo. Aceitaram fazer parte do estudo e completar o primeiro inquérito Delphi 98 peritos, sendo que 64 responderam completamente.

Para a segunda ronda Delphi, 64 peritos iniciaram a resposta ao inquérito e 52 completaram-no. A taxa global de resposta foi de 48%.

Em cada ronda, foi pedido aos participantes que pontuassem cada norma entre 1 e 5, numa escala tipo Likert (desde “Extremamente importante” a “Nada importante”) e adicionassem os comentários ou sugerissem novas normas, se considerassem oportuno. Posteriormente, foram eliminadas as Normas que 75% ou mais dos participantes classificaram entre 3 e 5 (menos importante).

Após análise e síntese com recurso a outras fontes de dados (ver abaixo), obteve-se uma versão provisória das Normas, utilizada no formulário do inquérito da segunda ronda. Neste segundo estudo de Delphi, participaram os 64 peritos, utilizando-se a mesma escala do primeiro questionário. Mais uma vez, as Normas com menor pontuação foram removidas, seguindo-se o mesmo critério.

2. Reuniões com os stakeholders e focus groups

O segundo estudo de Delphi foi complementado com três reuniões com *stakeholders*.

A primeira, com 28 participantes, foi realizada em Londres a 8 de junho de 2017. A segunda decorreu em 21 de junho de 2017, em Toronto, durante a Conferência Trienal da ICM. Os *stakeholders* (cerca de 50 conferencistas) formaram grupos de trabalho para discutir as Normas atuais do Royal College of Midwives.

Em dezembro de 2017, durante a terceira reunião dos *stakeholders*, organizada em Londres, apresentaram-se e discutiram-se as Normas para UCM. Este grupo (18 participantes) focou-se em assuntos chave que emergiram da revisão das Normas na primeira ronda do estudo de Delphi (constatando-se a sua sub-representação nas Normas originais do Royal College of Midwives). As conclusões destas reuniões foram incorporadas no processo de análise e na versão provisória revista.

3. Entrevistas aos EESMO líderes das Unidades de Cuidados na Maternidade *The Birth Centre Beacon Sites*

Após a revisão da literatura, as reuniões com os stakeholders e a primeira ronda do segundo estudo de Delphi, três temas mantinham pouco conteúdo: a criação de ligações com a comunidade, trabalhar atravessando fronteiras e a autonomia da mulher. Foram efetuados três estudos de caso entrevistando-se profissionais das UCM *The Birth Centre Beacon Sites*: locais de elevado desempenho e com particular experiência nos três temas em estudo, escolhidos com o objetivo de obter mais informação relevante. Este novo conteúdo foi verificado e pontuado, para consenso, durante a segunda ronda do segundo estudo de Delphi.

Análise

A equipa do projeto reuniu:

- as Normas remanescentes do documento do RCM de 2009 (de acordo com os resultados da primeira ronda do estudo de Delphi);
- as Normas e os temas adicionais sugeridos nos comentários do inquérito Delphi;
- os temas chave da discussão, que emergiram na primeira reunião de *focus group*, com os *stakeholders*;
- os 43 temas gerados pela metassíntese;
- conteúdo adicional obtido pelas entrevistas.

Estas fontes de dados foram sintetizadas usando um método sistemático:

Cada item (i.e norma ou tema) foi escrito numa folha de papel individual, foram eliminados os duplicados e os códigos foram agrupados em categorias “emergentes” e “gerais”.

O objetivo foi incluir todos os códigos no menor número possível de categorias.

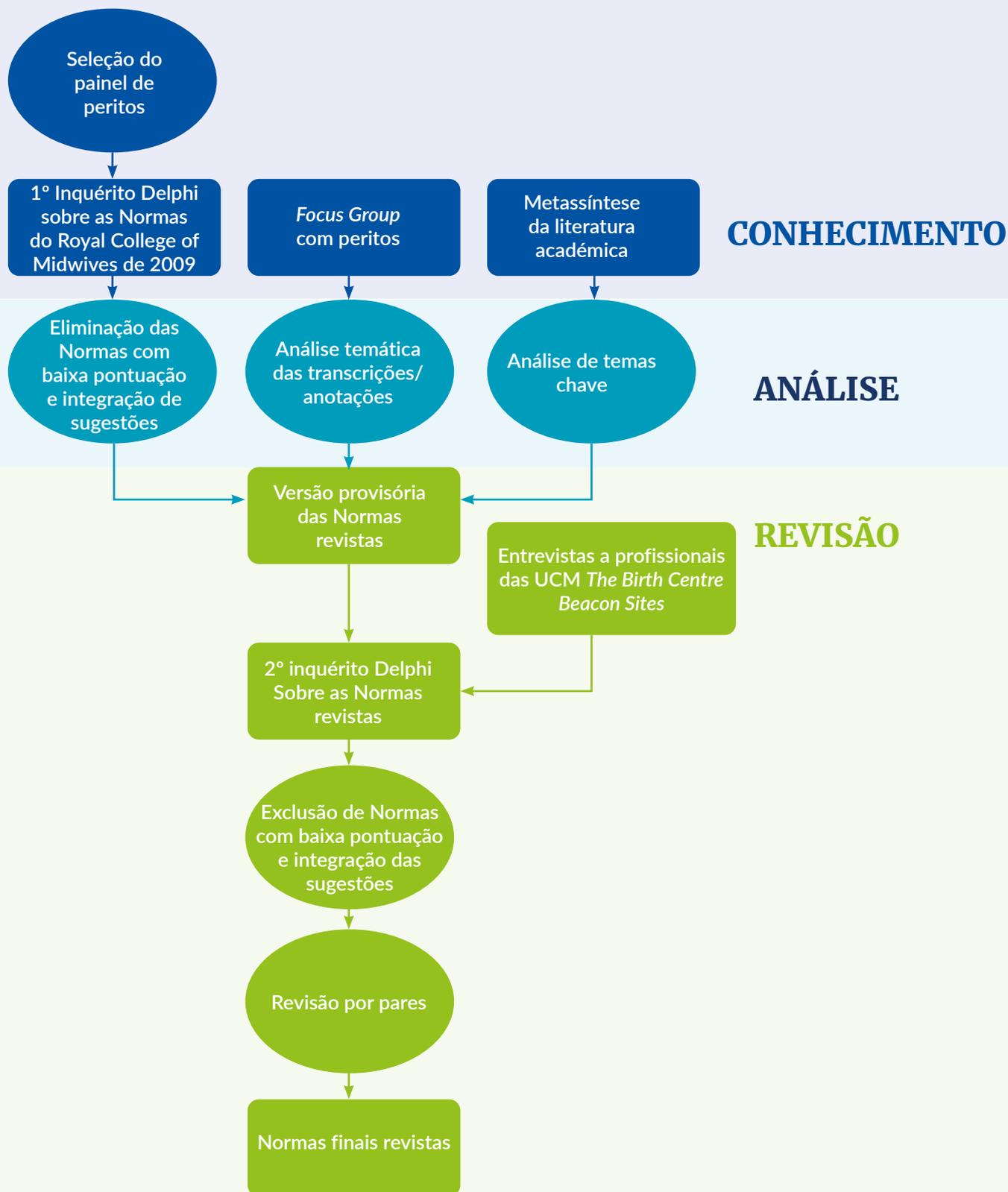
As categorias foram aperfeiçoadas numa reunião posterior, e as dez finais constituíram os temas revistos das novas Normas. Foram, depois, avaliadas na segunda ronda do segundo estudo Delphi, utilizando o mesmo processo de classificação descrito anteriormente.

Revisão por pares

A versão final das Normas foi revista por doze peritos europeus de diferentes categorias profissionais (ver apêndice).

APÊNDICE 1 – Métodos para a criação das Normas para Unidades de Cuidados na Maternidade

FIGURA 1- O processo de criação das Normas para Unidades de Cuidados na Maternidade



APÊNDICE 2 – Agradecimentos

Equipa de investigação

Lucia Rocca-Ihenacho	Mary Newburn
Juliet Rayment	Nathalie Leister
Laura Batinelli	Claire Biros
Ellen Thael	Deirdre Munro
Shujana Keraudren	Christine McCourt

Revisores da edição em inglês

- 1) **Birte Harlev-Lam**, Clinical Director – Maternity and Children, NHS Improvement, England
- 2) **Catherine Williams**, Maternity Service User Representative, Reading Maternity Voices (MVP) and National Maternity Voices, England
- 3) **Claire de Labrusse**, Associate professor, Midwifery School, School of Health Sciences (HESAV), University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland (HES-SO), Switzerland
- 4) **Jessica Read**, Regional Maternity Lead for London, NHS England, England
- 5) **Johanne Dagustun**, Service User Representative, Greater Manchester and Eastern Cheshire, England
- 6) **Laura Iannuzzi**, Lead Midwife-Physiological Pregnancy Pathway and Margherita Birth Centre, Careggi University Hospital, Florence, Italy
- 7) **Maria Booker**, Programmes Director, Birthrights, England
- 8) **Mervi Jokinen**, President, European Midwives Association
- 9) **Pauline Cooke**, Consultant Midwife, Imperial College Healthcare NHS Trust, England
- 10) **Ramon Escuriet**, Divisió d'Innovació i Cartera de Serveis Sanitaris, Àrea d'Atenció Sanitària, Servei Català de la Salut, Spain
- 11) **Sandra Morano**, Professor of Obstetrics, Università degli Studi di Genova Facoltà di Medicina e Chirurgia, Italy
- 12) **Susan Bewley**, Professor of Women's Health, King's College London (academic obstetrician)

Revisores da edição em português (Portugal)

- 1) **Alexandrina Barros**, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Centro Hospitalar S. João
- 2) **Alexandrina Mendes**, Médica Obstetra, UTERUS – Saúde Integrativa da Mulher
- 3) **Manuela Néné**, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa
- 4) **Mia Negrão**, Advogada e fundadora do projeto Nascer com Direitos
- 5) **Natacha Santos**, Mãe de dois filhos, um nascido numa midwifery led unit em Londres e o outro nascido em Portugal
- 6) **Raquel Cajão**, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, profissional autónoma com experiência na prática do modelo midwifery-led-care em Portugal
- 7) **Rui Carrapato**, Pediatra Neonatologista, MD PhD FRCP DCH
- 8) **Sara do Vale**, Doula e co-fundadora da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto
- 9) **Sara Barbosa e Pedro Conceição**, futuros Pais, gravidez de 32 semanas

Retro-tradução

Daniela Coelho, Midwifery Co-Ordinator, Consultant Led Unit, Victoria Hospital, Scotland, United Kingdom

Nathalie Leister, Obstetrix brasileira, membro da equipa de investigação do MU Standards (em inglês), Investigadora do Centre for Maternal and Child Health da City, University of London.

Nayol Santos, Integrated Community Midwife, Whittington Health, England, United Kingdom

Vânia Oliveira Fortune, Birth Centre Midwife, Homerton University Hospital, England, United Kingdom

Birth Centre Beacon Sites

Lewisham and Greenwich NHS Trust: Lynn Bayes and Kerstin Lelubre

Sandwell and West Birmingham Hospitals NHS Trust: Kathryn Gutteridge

Lancashire Teaching Hospitals NHS Trust: Joanne Goss and Emma Ashton

APÊNDICE 2 – Agradecimentos

Colaboradores

Abigail Holmes	Helen ED Shallow	Mechthild M. Gross
Alison Searle	Irene Gonzalez Perez	Michele Warnimont
Allison Mascagni	Ivana Arena	Miranda Scanlon
Amanda Mansfield	Jackie Moulla	Natalie Sedlicka
Carmel Bradshaw	Jaki Lambert	Nicoletta Setola
Caroline Homer	Jacky Nizard	Pauline Cooke
Cate Langley	Jane Parker-Wisdom	Pearl Kowlessar-Manoo
Caterina Raniolo	Jane Sandall	Petra Ann Kovařčíková
Cath Reeves-Jones	Jennifer Stevens	Phyllis Winters
Catherine Williams	Jessica Read	Rachel Rowe
Cecilia Grigg	Jo Goss	Rachel Scanlan
Chantelle Winstanley	Jo Ryalls	Ramón Escuriet
Christine McCourt	Juan Soria	Rémi Béranger
Christine Saunders	Juliet Rayment	Richard Hallett
Claire Biros	Kate Brintworth	Rineke Schram
Claire de Labrusse	Kay Cassidy	Rosalie Wright
Cristina Alonso	Keith Brainin	Rosie Goode
Dawn Lewis	Kerstin Lelubre	Sandra Morano
Deb Jackson	Kirstie Coxon	Seána Talbot
Debbie Edwards	Laura Batinelli	Sharon Dickinson
Deirdre Munro	Laura Iannuzzi	Sheena Byrom
Denis Walsh	Louise Silverton	Shona Solly
Eilish Crowson	Louise Taylor	Soo Downe
Elaine Frail	Lucia Rocca-Ihenacho	Stan Shaffer
Elizabeth Duff	Lucrezia D'Antuono	Susan Bewley
Elizabeth Margaret	Lynn Bayes	Susan Crowther
Ellen Thael	Maggie Davies	Susan Davies
Emma Spillane	Maria Healy	Susan Stapleton
Fiona Cullinane	Marie Lewis	Tracey Cooper
Francesca Sulli	Marieke Hermus	Vicki Grayson
Francisca Postigo Mota	Martin Nemrava	Wendy Cutchie
Gill Walton	Mary Newburn	
Graciela Etcheverry	Mary Turay-Olusile	

Organizações colaboradoras:

RCM Royal College of Midwives (UK)

ICM International Confederation of Midwives

FNOPO Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (Italy)

FAME Federacion de Asociaciones de Matronas de Espana (Spain)

APODAC Asociace pro Porodní Domy a Centra, (Czech Republic)

Colaboradores durante o evento do ICM:

Gostaríamos de agradecer a todos os participantes da “*Midwifery Unit Standards stakeholder meeting*”, realizada em 21 de junho de 2017, no 31º Congresso da ICM, em Toronto.

Contribuição de peritos:

Nicoletta Setola é co-autora do tema 7 “Ambiente e instalações”. Nicoletta é arquiteta, Doutora e professora adjunta no Departamento de Arquitetura – Centro TESIS da Universidade de Florença, Itália.

Este documento apresenta uma investigação independente financiada pelo National Institute for Health Research (NIHR).

As opiniões expressas são as dos autores e não necessariamente as do NHS, do NIHR e do Departamento de Saúde Inglês.

Midwifery Unit Standards

Copyright City, University of London 2018 - 2019. Published by Midwifery Unit Network Limited under licence from City, University of London

Como citar:

Rocca-Ihenacho L., Batinelli L., Thaelis E., Rayment J., Newburn M., & McCourt C. (2018). *Normas para Unidades de Cuidados na Maternidade*, Traduzido e adaptado para a versão Portuguesa por Prata A.P., Gonçalves A., Koch C., Couto C., Bulcão E., Lobão F., Ferreira I., Monteiro M.J., Souto P., Rodrigues S. (Porto)

Tradução Portuguesa financiada por:



© Copyright City, University of London 2018-2019.
Publicado por Midwifery Unit Network Limitada, sob licença
de City, University of London.



www.midwiferyunitnetwork.org



@midwiferyunits



Midwifery Unit Network online community



Lisboa, 06 de junho de 2022

Assunto: Requerimento para uma audiência urgente com a Comissão Parlamentar da Saúde

Destinatário: Comissão Parlamentar da Saúde

Objetivo: Propor a implementação de um projeto piloto para a implementação de Unidades de Cuidados na Maternidade em Portugal.

Exmo. Sr. Dr. António Maló de Abreu,

Presidente da Comissão Parlamentar da Saúde,

Nos últimos anos temos vindo a assistir a uma crescente agitação social em torno de questões relacionadas com a saúde materna e obstétrica em Portugal, nomeadamente no que respeita a expectativas, satisfação, segurança e equidade dos cuidados.

Verificou-se no último século uma melhoria significativa dos resultados materno-fetais, apoiada pelo desenvolvimento e implementação de políticas que visam experiências de nascimento mais seguras, sustentáveis, eficazes e positivas. No entanto, evidências científicas sugerem que, em países como Portugal, melhorar a experiência e a segurança da gravidez e do parto para a mulher e para o bebé constitui-se, atualmente, como um imperativo ético urgente.

Dados estatísticos publicados pela Fundação Francisco Manuel dos Santos (www.pordata.pt) revelam que a mortalidade perinatal em Portugal tem vindo a apresentar valores relativamente estáveis nos últimos 15 anos, entre 3,3 e 4,3 mortes perinatais por cada mil nascimentos. A taxa de mortalidade materna, no entanto, tem vindo a mostrar uma tendência crescente. Até 2016 os dados estarão provavelmente subestimados, pois não havia o mesmo rigor no registo das mortes maternas como se verificou após esta data. No entanto, entre 2016 e 2020 verifica-se que continuou a haver uma tendência de crescimento, com um valor máximo de 20 mortes maternas por cada 100 mil partos em 2020. Relativamente aos outros países comparáveis a Portugal em termos de rendimento e financiamento em saúde, dados relativos aos últimos anos posicionam Portugal numa posição central para a taxa mortalidade neonatal, com uma taxa mais elevada do que Islândia, Noruega, Finlândia, Suécia, Espanha e Itália. O cenário torna-se muito preocupante quando analisamos a taxa de mortalidade materna, em que Portugal lidera o topo da tabela, com índices de mortalidade superior a todos os outros, nomeadamente Islândia, Irlanda, Dinamarca, Noruega, Espanha, Itália, Reino Unido, Finlândia, Suécia, Grécia, Austrália e Nova Zelândia.

Adicionalmente, quando analisados os tipos de parto em Portugal, verifica-se que nos últimos anos menos de 50% dos partos foram eutócicos, mais uma vez colocando-nos no topo da tabela, com um evidente excesso de instrumentalização do parto. A Organização Mundial de Saúde, com base nos resultados obtidos nas últimas décadas, afirma que taxas de cesariana superiores a 15-20% não só não parecem justificar-se para baixar a mortalidade materno-fetal associada ao trabalho de parto e parto, como poderão contribuir para o aumento de resultados adversos. De facto, o parto eutócico, quando comparado



com a cesariana, está associado a menos morbilidade (a curto e a longo prazo) e a menor risco de mortalidade e de mortalidade materna.

Está na altura de implementar uma mudança de abordagem, centrando os esforços na criação de soluções que permitam aumentar a taxa de partos eutócicos e de experiências positivas de parto, assegurando uma melhor gestão de recursos, assim como a equidade e a qualidade dos cuidados de saúde materno-fetal.

De acordo com os resultados de outros países europeus, acreditamos que as Midwifery Led Units | Unidades de Cuidados na Maternidade (UCM), são um passo importante para essa mudança.

Uma UCM é uma instituição de saúde onde se prestam cuidados na maternidade (gravidez, parto e pós-parto) a mulheres saudáveis com gestações sem complicações, em que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) assumem a responsabilidade principal pela prestação dos cuidados, seguindo o Midwifery Led-Care Model. Os cuidados nestas unidades têm vindo a revelar ótimos resultados perinatais, com melhor gestão de recursos, menos custos e maior satisfação das mulheres.

Estima-se que cerca de 85% das gravidezes apresentam baixo risco de complicações. Atualmente, em Portugal, o acompanhamento da gravidez de baixo risco é realizado pelas equipas de saúde familiar (médico e enfermeiro de família) nos centros de saúde, que encaminha a grávida para o hospital de escolha da mulher no final da gravidez, onde passa a ser acompanhada por profissionais especializados (obstetras e EESMO). Com a criação das UCM, as grávidas com baixo risco de complicações passariam a ser acompanhadas num único local, durante a gravidez, o parto e o pós-parto, por EESMO, o que constituiria uma mais eficaz e eficiente gestão de recursos, com ótimos resultados perinatais.

Neste contexto, a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) vem por este meio solicitar uma audiência urgente com a Comissão Parlamentar da Saúde da Assembleia da República, com o objetivo de propor um projeto piloto para a implementação de Unidades de Cuidados na Maternidade em Portugal.

Em anexo envia-se o documento “Normas para unidades de cuidados na maternidade”, originalmente produzido pela Midwifery Unit Network e a City University of London, traduzido e validado para português em 2020 por uma equipa de investigadoras.

Com os melhores cumprimentos,

Vitor Varela

Presidente da APEO