4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

Enfermeira Orientadora: EEESMO [redacted]

Docente Orientador: Prof.ª Teresa Félix

Mestranda: Carla **Susana** Garcia **Carvalho**

Lisboa, Junho 2014

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS 2

1 INTRODUÇÃO 3

1.1 DESCRIÇÃO – O QUE ACONTECEU? 3
1.2 PENSAMENTOS E SENTIMENTOS – O QUE ESTOU A PENSAR E A SENTIR? 4
1.3 AVALIAÇÃO – O QUE FOI BOM E MAU NESTA EXPERIÊNCIA? 5
1.4 ANÁLISE – QUE SENTIDO POSSO ENCONTRAR NO QUE SE PASSOU? 6
1.5 CONCLUSÃO – O QUE FIZ E QUE MAIS PODERIA TER FEITO? 9
1.6 PLANEAR A ACÇÃO – O QUE IREI FAZER E/OU QUE CONTRIBUTOS PARA O MEU DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL FUTURO… 10

2 BIBLIOGRAFIA 13

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CMESMO	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
EEESMO	Enfermeiro Especialista Em Saúde Materna, Obstétrica
IHAB	Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés
OE	Ordem dos Enfermeiros

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se no âmbito do Estágio com Relatório e trata-se de uma reflexão escrita de um episódio significativo, de acordo com as etapas do ciclo de Gibbs. Tem como objetivo adicional dar cumprimento a um dos requisitos para a avaliação sumativa desta Unidade Curricular.

1.1 DESCRIÇÃO – O QUE ACONTECEU?

Estabeleci como objetivo para o meu projeto promover junto de todas as clientes e famílias que o desejem, a oportunidade de fazerem contacto pele a pele com o recém-nascido, imediatamente após o nascimento, de acordo com o proposto na implementação do passo quatro da IHAB.

Os objetivos/ganhos para a saúde da família são de variada ordem, entre eles o estímulo da vinculação precoce, a melhor adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, possibilitar o início da amamentação precoce com todos os benefícios que daí advêm, entre outros (Bystrova, 2008; Bystrova et al, 2009).

No início do estágio discuti com a enfermeira chefe, com a enfermeira orientadora e com a docente, estratégias que me permitissem atingir os meus objetivos.

Nos primeiros partos que fiz deparei-me com alguns obstáculos, que se relacionaram essencialmente com procedimentos adoptados pelos enfermeiros, que assumem os cuidados ao recém-nascido. Existe uma série de procedimentos que rotineiramente são efetuados, entre eles a avaliação do peso, a avaliação física do recém-nascido, a administração de vitamina K, a colocação de pulseira de identificação no recém-nascido, entre outros, que podem colidir com o início do contacto pele a pele imediatamente após o nascimento de forma ininterrupta até o recém-nascido mamar de forma espontânea ou ter decorrido uma hora, o que ocorrer primeiro. Se o profissional em causa optar por adiar estes cuidados até uma hora após o nascimento, esta situação ficaria ultrapassada. Estamos por isso a falar da gestão dos cuidados e dos momentos em que os mesmos são prestados.

Não sendo objetivo desta reflecção avaliar ou analisar os procedimentos ou comportamentos dos outros profissionais, mas sim o meu próprio desempenho, não irei debruçar a minha análise nas situações específicas, mas antes analisar situações que

foram transversais em várias ocasiões, sendo que o episódio que passarei a descrever é paradigmático.

O caso em análise diz respeito a uma situação, estando eu já em fase avançada do estágio, deparei-me com o seguinte episódio: imediatamente após o nascimento e após um breve momento de contacto pele a pele, a enfermeira generalista pega no recém-nascido que estava em cima da mãe, interrompendo o contacto, coloca-o no plano (mesa de cuidados para o recém-nascido) e procede aos cuidados de rotina. De seguida, esta enfermeira pede ao pai a roupa para vestir a criança. Eu fiquei desiludida com esta atitude por parte da colega e informei que a mãe desejava fazer contacto pele a pele. A Enfermeira orientadora disse para a enfermeira generalista colocar o bebé junto à mãe e informou que nós depois vestiríamos a criança.

Esta colega tinha chegado recentemente ao serviço, depois de uma ausência devido a férias. Provavelmente por esse motivo ainda não estava informada dos objetivos do meu projeto. Posteriormente falei com a colega sobre o enquadramento do meu projeto e expliquei-lhe os benefícios do contacto pele a pele imediatamente após o nascimento. A colega mostrou-se motivada com o projeto e disse que parecia bastante benéfico e interessante para ser implementado.

Na altura do acontecimento fiquei um pouco inibida relativamente à iniciativa a tomar. Deveria ter intervido imediatamente junto da colega generalista e pedir para que não chegasse a interromper o contacto entre a mãe e o recém-nascido? Tive receio de ferir a susceptibilidade da colega e criar nela sentimentos negativos de contrariedade.

Ponderei entre os objetivos a curto prazo que se prendem com a implementação do meu projeto e o seu equilíbrio com os objetivos a longo prazo que se prendem com uma mudança comportamental a médio-longo prazo relativamente às práticas dos enfermeiros relativamente aos cuidados imediatos ao recém-nascido.

1.2 PENSAMENTOS E SENTIMENTOS – O QUE ESTOU A PENSAR E A SENTIR?

Quando esta situação se verificou fiquei apreensiva e preocupada relativamente à melhor forma de ultrapassar este obstáculo. Tive receio de ser afirmativa no momento em que este episódio ocorreu e não reagi de forma imediata, por não querer perturbar as rotinas e com isso gerar desconforto no profissional em causa. Senti que não sabia

como deveria agir e não me senti capaz de ultrapassar o obstáculo com que me deparei.

Pensei que teria que encontrar uma estratégia positiva de motivação deste e dos demais profissionais para os objetivos em causa, nomeadamente o início precoce da vinculação e a promoção do aleitamento materno.

Pensei que teria que de forma formal ou informal apresentar o meu projeto a estes profissionais e motivá-los a serem cooperantes. No entanto, não sabia por onde começar e receei que isso colocasse em risco o desenrolar do meu percurso enquanto estudante neste estágio.

1.3 AVALIAÇÃO – O QUE FOI BOM E MAU NESTA EXPERIÊNCIA?

BOM – Estas dificuldades fizeram-me refletir e desenvolver estratégias de coping no que diz respeito à resistência à mudança organizacional. Este processo evolutivo que envolve negociação, motivação, gestão de equipas, formação de pares, entre outros, traduz-se num conjunto de ferramentas fundamentais para o bom funcionamento das organizações e para apoiar a gestão da mudança.

O apoio recebido pela enfermeira orientadora foi extremamente positivo e determinante para os progressos entretanto ocorridos. O papel assumido pela enfermeira orientadora de mediadora entre a equipa de enfermeiros e os meus objetivos enquanto estudante, resultou num envolvimento progressivo dos enfermeiros globalmente e dos enfermeiros generalistas em particular.

A determinado momento, apercebendo-se da minha frustração, o apoio e encorajamento oferecido pela enfermeira orientadora foi igualmente um input positivo.

MAU – os sentimentos negativos de impotência para a mudança de procedimentos e rotinas que não dependiam de mim diretamente, preocuparam-me e senti que poderia estar em risco a implementação do meu projeto. Senti uma enorme pressão e simultaneamente uma incapacidade para gerir e controlar as variáveis em causa. Sempre tive alguma dificuldade em estratégias de negociação entre pares e sinto que fui obrigada a crescer e a desenvolver as minhas capacidades nesta área. Este episódio foi gerador de stress e sentimentos de inaptidão, que geraram em mim algum desconforto e tiveram um impacto negativo na minha motivação.

1.4 ANÁLISE – QUE SENTIDO POSSO ENCONTRAR NO QUE SE PASSOU?

O tipo de mudança proposto traduz-se num esforço de melhoria dos processos e também do produto que se materializa nos cuidados de saúde proporcionados. As **mudanças incrementais** ou de pequeno alcance não põem em causa as premissas fundamentais da organização (Ferreira, 2001). Pequenas mudanças incrementais ao longo do tempo conduzem à evolução.

A **mudança planeada** não cria de forma tão marcada o desconforto e a instabilidade presentes em qualquer processo de mudança. A mudança planeada é estruturalmente desencadeada do interior da organização, pressupõe algum tipo de estabilidade e previsibilidade das condições em que a organização vai trabalhar. **Concepção**, **planeamento** e **implementação**, são três fases para se chegar ao output pretendido.

Quando se planeia uma mudança é importante que previamente à mesma, sempre que possível, se consiga uma análise da envolvente, de forma a compreendermos as variáveis, constrangimentos e desafios que vamos encontrar. Desta forma, podemos preparar com antecedência o processo de mudança e munirmo-nos das ferramentas necessárias.

Relativamente ao modo como o processo de mudança se realiza, temos **mudanças construídas** por oposição às **mudanças prescritas** (Ferreira, 2001). As primeiras são o produto das ações dos membros da organização e as segundas são impostas à organização de forma a garantir a sua sobrevivência.

O tipo de mudança organizacional que se propõe resulta de um produto das ações dos membros da unidade e vem do interior da organização, sendo uma mudança planeada.

O objetivo que se pretende alcançar com esta mudança é a reorganização dos processos de trabalho, fundamentada em novos comportamentos e atitudes face aos clientes da organização. Para se conseguir este resultado, as intervenções devem-se centrar nos indivíduos, bem como na equipa como um todo. São vários os tipos de intervenções possíveis, mas o que é mandatório é identificar o alvo da intervenção e definir o método adotado para a implementação da mudança.

A **resistência à mudança** está relacionada com a interpretação que os colaboradores fazem das razões da mudança. Para se conseguir a melhor colaboração dos visados é crucial que a mensagem passe de forma clara e que as várias interpretações sejam

clarificadas. A necessidade de justificação é tanto maior, quanto mais negativas para os colaboradores forem as consequências dessas mudanças (Ferreira, 2001).

No caso em análise a mudança de rotina implica uma alteração do processo produtivo com maiores custos em termos de recursos. A explicação ou justificação deve basear-se nos benefícios/ ganhos para a saúde dos clientes. Ao analisar este caso penso que a maior quantidade de trabalho e energia, a necessidade de novas aprendizagens requeridos pelo processo de mudança, são fatores importantes para a resistência ao processo. A implicação psicológica dos indivíduos no processo de mudança por outro lado fortalece o seu envolvimento e a sua motivação para o desafio (Ferreira, 2001).

A justificação para a pertinência e importância da mudança baseia-se na diversa informação disponível relativamente aos ganhos para a saúde associados à implementação do 4º passo da IHAB.

Os benefícios apontados são de múltipla ordem, desde logo o estímulo da relação precoce entre a mãe e o bebé, a melhor adaptação do recém-nascido e da mãe ao período imediatamente após o parto, onde ocorrem múltiplas transformações físicas e psicológicas para ambos. É muitas vezes durante este contacto que se ativam os estímulos e os reflexos necessários para que a primeira mamada ocorra, contribuindo de forma significativa para o sucesso do aleitamento materno (Unicef Uk, 2011).

Num estudo americano patrocinado pela US Food and Drug Administration, conclui-se que a prática mais consistente com a manutenção do aleitamento materno exclusivo às seis semanas foi a iniciação precoce da amamentação, na primeira hora de vida do bebé, amamentar em exclusivo, sem a introdução de qualquer suplemento e a não utilização de chupeta. Práticas preditivas de abandono tardio foram o trazer a criança junto da mãe durante a noite para ser alimentada, no caso de não ter sido praticado o alojamento conjunto e a não utilização de analgésicos durante o parto. Neste estudo de uma amostra de 1907 mulheres, a probabilidade de abandono precoce do aleitamento materno exclusivo para as mães que não usufruíram de nenhuma das medidas foi 13 vezes superior à das mães que puderam usufruir de todas as medidas. Este estudo conclui que as práticas associadas à IHAB, juntamente com outras praticas de cuidados das maternidades, aumenta a possibilidade do aleitamento materno exclusivo se manter pelo menos até às seis semanas. Também neste estudo verificou-se o efeito cumulativo positivo ou negativo das medidas consideradas (DiGirolano, 2008).

Num sentido lato a mudança é percebida como ameaçadora, este efeito pode ser mitigado se a mudança se conseguir com a colaboração ou surgir a pedido dos colaboradores. A unidade de saúde onde o estágio está a decorrer está atualmente envolvida num processo de certificação patrocinado pela ordem dos enfermeiros que se traduzirá no seu reconhecimento como uma **Maternidade com Qualidade**. O processo de aceitação de candidatura obriga a que cumulativamente se garanta a concordância da equipa de enfermeiros especialista, a sua chefia e a direção do serviço de obstetrícia e ginecologia (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Existe por isso um caminho já percorrido e que deveria ter uma maior tradução no terreno na alteração das práticas rotineiras e que colidem com os objetivos estabelecidos neste projeto de certificação. Esta questão só se coloca se o momento escolhido para a prestação destes cuidados não urgentes interferir com o momento de contacto pele a pele, trata-se por isso de uma escolha relacionada com a gestão dos cuidados e dos momentos em que os mesmos são prestados.

No contexto em discussão existe um elemento (normalmente o enfermeiro especialista), que assume o papel de liderança. Na **unidade de competência B2.3**, são definidos os critérios relativos à liderança dos enfermeiros especialistas no que diz respeito aos programas de melhoria contínua. O enfermeiro especialista deve supervisionar permanentemente os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade, bem como normalizar e atualizar as soluções eficazes e eficientes (Regulamento n.º 122/2011, 2011). Relativamente ao tipo de liderança adotado na **competência C2** está patente a forma como esse processo de liderança deve ser assumido: “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a optimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 122/2011, 2011).

Um líder que consiga suscitar sentimentos de confiança e respeito, adotando comportamentos de **liderança transformacional**, por oposição a um tipo de **liderança transacional**, mais imediatista (do tipo eu dou-te isto e tu dás-me aquilo), consegue um resultado mais duradouro e efetivo (Rego, 2002). De acordo com uma perspetiva transformacional de liderança, um líder: articula uma visão; proporciona um modelo apropriado de comportamento; fomenta a aceitação dos objetivos do grupo/ organização; deposita elevada expectativa de desempenho nos seus colaboradores; concede apoio individualizado e estimula intelectualmente os colaboradores.

Os **comportamentos de cidadania** que se traduzem em comportamentos por parte dos trabalhadores, onde estes ultrapassam as suas "obrigações normais", são o resultado dos sentimentos de confiança e satisfação gerados por um líder transformacional. Claro que o estilo de liderança adotado depende de múltiplos factores, desde logo o contexto em que o líder atua. No entanto é necessário educarmo-nos para a liderança e construir um referencial relativamente ao que queremos e podemos ser enquanto líderes.

1.5 CONCLUSÃO – O QUE FIZ E QUE MAIS PODERIA TER FEITO?

Quando me deparei com a situação descrita, percebi que teria que encontrar um caminho de abordagem positiva dos profissionais. Pelo caminho da imposição sabia que não iria ter resultados positivos. Uma vez que o meu projeto se insere num objetivo partilhado pela organização de se tornar certificada como Hospital Amigo dos Bebés, o meu objetivo não termina com o limite temporal do meu projeto.

Pretende-se que a mudança seja efetiva e se traduza num reajuste dos procedimentos, de forma a que o hospital possa estar conforme com os critérios da IHAB.

Certamente que o objetivo mais imediato passa por conseguir desenvolver o meu projeto localmente e atingir os objetivos gerais e específicos a que me propus. No entanto, isso não é suficiente. É necessário motivar os diversos profissionais para, de forma transversal, incorporarem outras práticas e procedimentos nas suas rotinas habituais. Este processo de mudança é profundo e tem múltiplas implicações. Desde logo, implica diretamente com a disponibilidade de recursos humanos, com a necessidade de terminar registos mandatórios, de garantir que os cuidados imediatos ao recém-nascido são cumpridos, entre outros.

A mudança de procedimentos deve ser pensada de forma global numa lógica de 360, isto é, num processo de gestão participativa onde a equipa conjuntamente negoceia e encontra as melhores soluções. Qualquer solução imposta numa lógica de up-to-bottom corre o risco de não ser bem recebida.

Não estando eu numa posição que me permitisse esse processo de negociação, tive mais dificuldade em conseguir alcançar mudanças mensuráveis ou duradouras a médio-longo prazo.

Na altura, o que fiz foi essencialmente pedir apoio da enfermeira orientadora, que recebi prontamente. Esta assumiu um papel de mediadora e negociadora entre os meus objetivos e os procedimentos dos restantes profissionais.

Paralelamente, abordámos o tema à chefe de serviço que delegou no enfermeiro especialista o ónus de determinar a dinâmica dos cuidados e desde logo os procedimentos ou rotinas desenvolvidas. Esta delegação e este reconhecimento de poder de decisão empoderou a minha posição enquanto estudante e legitimou os objetivos definidos no meu projeto.

A docente teve também conhecimento das dificuldades sentidas e serviu de elo entre os objetivos académicos e a negociação necessária com o capital humano envolvido.

Adicionalmente, fiz um trabalho de marketing individual, apresentando o meu trabalho numa lógica one-to-one aos vários colegas que faziam equipa connosco na sala de partos, de forma a conseguir aliados e motivar os vários participantes para a mudança.

É provável que pudesse ter feito outras ações, mas até ao momento estas foram as ações que desenvolvi objetivamente.

1.6 PLANEAR A ACÇÃO – O QUE IREI FAZER E/OU QUE CONTRIBUTOS PARA O MEU DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL FUTURO…

No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista propus-me participar em projetos institucionais na área da qualidade. De acordo com o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011 (Regulamento n.º 122/2011, 2011), o enfermeiro especialista assume a responsabilidade de efetuar a disseminação desses projetos até à sua apropriação a nível operacional. A implementação no terreno foi o que pretendi fazer, mas mais do que isso importa ganhar aliados nessa linha operacional, de forma a que os ganhos sejam duradouros.

Mudar os procedimentos organizacionais implica uma ação concertada a vários níveis. É desde logo necessário formar, de forma mais ou menos formal, os vários profissionais envolvidos e dar-lhes os vários conhecimentos que lhes permitam fundamentar a mudança da ação. Posteriormente é necessário redefinir processos produtivos, de forma a que as ações a desenvolver se desenrolem de acordo com uma nova lógica assente nos novos pressupostos.

Este esforço não pode ser feito de forma isolada, ainda para mais por um elemento exterior à organização. No entanto, isso não justifica que nada possa ser feito por esse elemento. Diria mesmo que a lógica deve ser a inversa, este elemento externo porque consegue uma maior independência relativamente às práticas rotineiras, pode ser um elemento de mudança e de tomada de consciência para as ações necessárias para que essa mudança seja efetiva.

Se hoje voltasse a deparar-me com essa situação tentaria, dentro do possível, informar a enfermeira responsável pelos cuidados ao Recém Nascido, previamente ao parto, do que tinha sido negociado com a parturiente relativamente à realização de contacto pele a pele, de forma ininterrupta imediatamente após o nascimento.

Notei que o primeiro impulso por parte dos enfermeiros, após o nascimento e após garantido um breve momento de contacto entre a mãe e o recém-nascido, era assegurarem os cuidados imediatos, de forma a ficarem disponíveis para outras atividades. Esta lógica de atuação baseia-se em práticas institucionalizadas e aprendidas com as gerações mais antigas de profissionais.

De acordo com a alínea b) do artigo 79º da Lei nº 111/ 2009 (Lei nº 111/ 2009, 2009), os enfermeiros são responsáveis pelas decisões que tomam e pelos atos que praticam. Sendo a atividade em análise (promoção do contacto pele a pele) uma atividade independente, ainda se torna mais evidente que reside no enfermeiro o ónus da responsabilidade pela sua implementação. É por isso um imperativo ético, proporcionarmos os melhores cuidados aos nossos clientes, que espelhem as melhores práticas e que melhor defendam os direitos dos cidadãos relativamente à oferta de cuidados de qualidade.

O que procurei fazer relativamente a este episódio, que mais não é do que uma situação paradigmática da intervenção do enfermeiro especialista nos processos de mudança organizacionais, foi estruturar o pensamento e fundamentar o conhecimento onde a ação intencional se alicerça. Deparamo-nos muitas vezes com dificuldades na implementação da mudança, sendo necessário que os enfermeiros se preparem e adquiram as necessárias ferramentas, para poderem ser os motores da mudança e contribuírem para o progresso dos cuidados de saúde e das organizações como um todo, onde esses cuidados são oferecidos.

O pressuposto do parágrafo anterior será o que permitirá ao enfermeiro especialista assumir plenamente as suas responsabilidades relativamente à concepção, gestão e

colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 122/2011, 2011).

2 BIBLIOGRAFIA

Bystrova, Ksenia (2008). Skin-to-skin contact and suckling in early postpartum: effects on temperature, breastfeeding and mother- infant interaction. Stockholm: Karolinska Institutet.

Bystrova, K. et al. (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth.* Vol (32º). Págs 97-109.

Cunha, M. P. Et al (2007). *Manual De Comportamento Organizacional e Gestão.* (6ª Edição). Lisboa: RH, Lda

Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro (1996). Define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Diário da República, 1.ª série A, N.º 205 (04 de Setembro de 1996). 2959-2962.

DiGirolamo, A. M. (et al), (2001). Maternity Care Practices: Implications for Breastfeeding. *Birth*, Vol (28). Págs:94-100.

DiGirolamo, A. M. (et al), (2008). Effect of Maternity-Care Practices on Breastfeeding. *Pediatrics*, Vol (122) Págs: 543-549.

Escamilla, R.P. (2007). Evidence Based Breast-Feeding Promotion: The Baby-Friendly Hospital Initiative. The Journal of Nutrition. Vol (137). Págs: 484-487.

Ferreira, J.M. et al. (2001*). Manual De Psicologia Das Organizações.* Lisboa: McGraw-Hill de Portugal Lda.

Gibbs, G. (1988). Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods. Oxford Further Education Unit: Oxford Polytechnic.

Kennell, JH and McGrath. (2002). Extendedd mother-infant skin-to-skin contact and prospect of breastfeeding. *Acta Paediatr.* Vol (91). Págs 1288-1289.

Kennell, JH and McGrath. (2003). Beneficial effects of postnatal skin-to-skin contact. *Acta Paediatrica.* Vol (100). Págs 1127-1133.

Kostyra, M et al (2002). Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr.* Vol (91). Págs: 1301-1306

Lopes. M. Et al. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática de Literatura. *Referência*. Série III, nº 1. Págs: 109-118

Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República, 1.ª série N.º 180 (16 de Setembro de 2009). 6528-6550.

Leitão, F. J. C (2010). Autonomia da mulher em trabalho de parto. Lisboa. Apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Bioética. Lisboa: FMUL

OMS (1996). Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Saúde materna e neonatal/unidade de maternidade segura saúde reprodutiva e da família.

OMS (2002). Promoting Effective Perinatal Care Essential: Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Regional Office for Europe. Acedido em 31/06/2013. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: OE Acedido em 07/04/2014, Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros (2013). Projeto Maternidade com Qualidade. Lisboa: OE Acedido em 17/06/2014, Disponível : em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx

O'Dell, D. (2001). *A Resolução Criativa do Problema, Guia Para a Criatividade e Inovação Na Tomada De Decisões*. Lisboa: Instituto Piaget

Rego, A. (2002). *Comportamentos De Cidadania Nas Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal Lda.

Raynal, S. (1996). *A Gestão Por Projecto*. Lisboa: Instituto Piaget

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª Série, N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011). 8648-8653.

Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República 2.ª Série, N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011). 8662-8666.

Sobel et al. (2011). Immediate newborn care practices delay thermoregulation and breastfeeding initiation. *Acta Paediatrica.* Vol (92). Págs 272-273.

Sousa, F. C. E Monteiro, I. P. (2010). *Liderança de Equipas na Resolução de Problemas Complexos.* (1ª edição), Lisboa: Edições Sílabo

Schmied, V. Et al (2011). Ten steps or climbing a mountain: A study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. *Bio Medical Central, health Services Research*. 11:208.

Tereso, A. (2005). Coagir ou emancipar? Sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-44-1

Tereso A (2006). O Parto: uma experiencia de cidadania? Sobre o papel dos Enfermeiros especialistas no exercício da cidadania das parturientes. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Nº 7.

Unicef Uk (2011). How to implemente baby friendly standards, a guide for maternity settings. London: UNICEF UK Baby Friendly Initiative.

Walsh, A. Et al (2011). An Examination of Maternity Staff Attitudes Towards Implementing Baby Friendly Health Initiative (BFHI) Accreditation in Australia. *Matern Child Health Journal*. Vol (15). Págs: 597 609.