

ORGANIZAR A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS POR “ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA” PROMOVE A QUALIDADE

ORGANIZING THE PROVISION OF HEALTH CARE BY “PRIMARY NURSING” PROMOTES QUALITY

Amélia Rego ⁽¹⁾

ENFERMEIRA, INVESTIGADORA, PH.D.,
E-MAIL: ameliarego52@gmail.com

Patrícia Coelho ⁽²⁾

ENFERMEIRA, MESTRE EM ENFERMAGEM, ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, PROFESSORA ASSISTENTE, NO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE UCP – PORTO, DOUTORANDA DO DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM AVANÇADA DA UCP, CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE, UCP
E-MAIL: sfcoelho@porto.ucp.pt

INTRODUÇÃO

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem preconizam a “utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade”. (Ordem dos Enfermeiros, 2002) O desempenho do enfermeiro assenta na premissa de cuidar a pessoa na sua integralidade na medida em que reconhece que se trata de um ser com potencialidades e capacidades para agir e decidir. Neste contexto, vê e compreende a pessoa de forma holística.

Um estudo, apresentado por Oliveira e Schilling (2011, p.237), afirma que “as atividades realizadas pelos enfermeiros estão intrinsecamente vinculadas à sua prática profissional, em razão da sua formação, sendo aprimoradas pelas vivências institucionais de cada um e influenciadas pelas práticas de trabalho vigentes na organização”. Em Portugal, as reformas no setor da saúde em curso condicionam a organização do trabalho dos enfermeiros. No entanto, como salientam Malagutti e Caetano (2009, p.44), “o enfermeiro é o profissional que conhece os detalhes dos processos operacionais e de apoio no quotidiano de uma organização de saúde”.

A realidade da organização da prestação de cuidados de enfermagem em algumas unidades demonstra o abandono de métodos de trabalho que já deram uma contribuição positiva na promoção da qualidade de cuidados, a qual, atualmente, configura um problema que traz implicações para as pessoas internadas e se constitui em de-

RESUMO *As organizações hospitalares são influenciadas pelas políticas, nomeadamente económicas, pelos avanços tecnológicos e pelos efeitos da globalização que, no seu conjunto, colocam ênfase no sentido do alcance de resultados. No entanto, a melhoria contínua da qualidade deve ser uma preocupação de qualquer gestor dos cuidados de saúde, pois quando estão em causa pessoas, os processos que visam atingir a máxima eficiência, não podem por em causa a qualidade dos cuidados prestados.*

Os cuidados de enfermagem de qualidade podem implicar mudança dos métodos de trabalho tradicionais, dos paradigmas de enfermagem mais conservadores pois o

safios para os profissionais. “Os modelos de gestão adotados pelos hospitais implicam reorganização das ações de enfermagem, apropriação de novos conhecimentos e domínio de técnicas específicas”(Oliveira & Schilling, 2011, p. 230).

Carmona e Laluna (2002)apresentam os resultados de sete estudos realizados com a implantação do “*Primary Nursing*”, entre nós conhecido por “Enfermeira de Referência”, afirmando que esta modalidade de organizar a prestação de cuidados “eleva a qualidade de assistência prestada pelo enfermeiro, e a sua implementação dependerá principalmente do interesse dos enfermeiros em mudar o referencial em direção à competência profissional”.

Em meio hospitalar, o foco da atenção é a pessoa doente e a sua família. A prestação de cuidados baseada no método de enfermeiro de referência promove a qualidade dos serviços prestados pois proporciona apoio, confiança, respeito e empatia na relação estabelecida entre a equipa, o doente e a família.

OBJETIVOS

(I) Refletir criticamente acerca da organização da prestação de cuidados de enfermagem que, em nossa opinião, melhor se adequa à especificidade dos cuidados de enfermagem hospitalares, sobretudo em Unidades de Cuidados Intensivos; (II) Relatar os pressupostos que orientam a modalidade de Enfermeiro de Referência, apontando os desafios para a qualidade de cuidados; e (III) Comunicar a experiência de operacionalização do método, numa Unidade de Cuidados Intensivos, durante cinco anos.

METODOLOGIA

O Enfermeiro de Referência sendo promotor de qualidade na saúde e o foco da atenção do estudo, e com o objetivo de enriquecer e fundamentar a nossa práxis, fizemos uma pesquisa na base de dados EBSCO, SCIELO e b-ON no mês de janeiro a

método de enfermeira de referência é congruente com a delegação da gestão de cuidados e, simultaneamente, facilitador do desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Acreditamos que promove a co-responsabilização e envolvimento dos enfermeiros, é garantia de qualidade de cuidados, estimula a relação enfermeira - doente, favorece a coordenação e avaliação dos cuidados, e favorece a utilização do processo de enfermagem, sendo mesmo imprescindível para a concretização deste método.

A nível pessoal, podemos considerar o contributo para a manutenção da motivação, a redução da monotonia, estimular o interesse para aprender e permitir ao enfermeiro ver diretamente o produto final do seu trabalho, ao mesmo tempo que decide os processos e procedimentos de realização do mesmo.

O método de enfermeiro de referência promove o acompanhamento personalizado do doente e família, reforça a relação enfermeiro-doente, contribui para a melhoria dos cuidados prestados, planeamento e evolução, possibilita uma comunicação individualizada baseada na verdade, na confiança e no respeito mutuo.

Pensamos, com base na literatura consultada e na experiência adquirida, que organizar a prestação de cuidados de enfermagem por enfermeiro de referência constitui-se numa estratégia para garantir a qualidade de cuidados, sendo uma experiência enriquecedora de delegação formal da autoridade nos enfermeiros de referência, para gerir os cuidados de enfermagem.

PALAVRAS - CHAVE:

ENFERMEIRO REFERÊNCIA, QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE, ENFERMAGEM

ABSTRACT

Hospital organizations are influenced by policies, namely economical, and by technological advances and the effects of globalization, which altogether put emphasis towards the achievement of results. However, a continuous quality improvement should be a concern for any health care manager, because

março do ano de 2012. Utilizaram-se as seguintes palavras-chave: Primary Care; Quality of Health Care, Nursing. Para o estudo definiu-se como critérios de inclusão, texto integral, revisto por especialistas e publicação nos últimos 5 anos. Como critérios de exclusão, artigos repetidos e sem relevância para o tema em estudo. No total obtivemos 34 artigos mas atendendo aos critérios foram selecionados e analisados 15 artigos.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Do total dos 15 artigos encontrados, predominaram revisões sistemáticas, meta-análises, ensaios clínicos e revisões narrativas. Da análise emergiu que a organização da prestação de cuidados por enfermeiro de referência consiste num “método de prestação de cuidados de enfermagem, caracterizado por uma vinculação sólida e contínua entre o doente e uma determinada enfermeira que é responsável da planificação, administração e coordenação dos cuidados de enfermagem do doente...” durante todo o período de internamento” (Gillies, (1994). Conta ainda com a Enfermeira associada que assegura os cuidados na ausência da enfermeira de referência.

Os métodos de distribuição do trabalho são determinados pela disponibilidade dos profissionais de enfermagem conjugado com as características organizacionais e as necessidades de cuidados, sendo o método de trabalho por enfermeiro de referência aquele que melhor condição reúne para garantir a qualidade de cuidados de enfermagem. “Os métodos de organização de cuidados de enfermagem têm vindo a desenvolver-se à medida que se vão sucedendo as diferentes correntes de pensamento e conceções de enfermagem numa tentativa de melhor adaptação às transformações sociais e às necessidades da comunidade, em cuidados de saúde” (Cardoso, 2010).

Como fatores intervenientes para a seleção do método de trabalho importa considerar: (I) A Filosofia do Serviço de Enfermagem; (II) O Quadro de referência Institucional/modelo conceptual; (III)

when people are at stake the processes aimed to achieve maximum efficiency cannot jeopardize the quality of care provided.

The quality nursing care may imply a change in the traditional working methods of the more conservative paradigms of nursing. The method of reference nursing is congruent with the delegation of the management of care and simultaneously facilitates the professional development of nurses. We believe that it promotes co-responsibility and contribution of nurses, is a guaranty of quality of care, stimulates the nurse-patient ratio, favours the coordination and evaluation of care and encourages the use of the nursing process, which is indispensable to the achievement of this method.

On a personal level, we can consider the contribution to maintaining motivation, reducing monotony, stimulating interest to learn, and allow nurses to directly see the final product of their work while deciding the processes and procedures for its implementation.

The method of reference nursing promotes personalized monitoring of the patient and family, reinforces the nurse-patient relationship, contributes to the improvement of care, planning and development, and provides an individualized communication based on truth, trust and mutual respect.

Based on literature and experience, we believe that organizing the provision of nursing care per nurse reference is a strategy to ensure quality of care. It is an enriching experience of formal delegation of authority in reference nursing to manage nursing care.

KEYWORDS:

PRIMARY NURSING, QUALITY OF HEALTH CARE, NURSING

A utilização do Processo de Enfermagem; (IV) A dotação de enfermeiros e assistentes operacionais; O percurso profissional da equipa; (V) O contexto organizacional; (VI) A estrutura física; e (VII) As características dos clientes. Corroboramos a opinião de Parreira (2005), quando afirma que a escolha do método de organização dos cuidados não é indiferente a uma conceção sobre os cuidados a realizar, a uma filosofia de cuidados ou a um modo de pensar a organização de cuidados. Esta é mais do que uma simples distribuição de atividades.

Pensamos que, com base na literatura consultada e na experiência adquirida, organizar a prestação de cuidados de enfermagem por enfermeiro de referência constitui-se numa estratégia para garantir a qualidade de cuidados, pois as modalidades de organizar a prestação de cuidados, vulgarmente conhecidas como métodos de trabalho, correspondem, de acordo com Kérouac Pépin, Ducharme, Duquette, e Major (1994), ao modo como os papéis e as tarefas são definidos e as responsabilidades repartidas entre os diferentes membros de uma equipa, cujos cuidados são integrais porque atendem ao conceito de PESSOA e aos Cuidados Holísticos.

Os princípios dos cuidados integrais foram definidos por Moussete e Serralheiro (1987), como segue: (i) A Enfermeira identifica, planifica, coordena, controla e avalia os cuidados ao grupo de doentes que lhe está atribuído, 24 horas por dia e 7 dias por semana, da admissão à alta; (ii) Os cuidados aos clientes são atribuídos a uma única enfermeira durante cada turno de trabalho, sempre que está ao serviço; (iii) A enfermeira centraliza as comunicações acerca do doente e sua família e exerce de modo autónomo a tomada de decisão respeitante ao grupo de doentes que lhe está atribuído; e (iv) As responsabilidades estão claramente divididas e a enfermeira é identificada pelos clientes, suas famílias, membros da sua equipa e outros intervenientes como a pessoa que tem totalmente a seu cargo os cuidados aos doentes.

Concordamos que são as características responsabilidade, autonomia, coordenação e globalidade,

elementos predominantes da garantia de qualidade nesta conceção de enfermagem como prática profissional centrada no cliente: Responsabilidade – A enfermeira de referência é responsável pelo cliente desde a admissão até à alta; Autonomia – A enfermeira de referência tem autonomia para tomar decisões acerca dos cuidados de enfermagem a prestar ao cliente; Coordenação – A enfermeira de referência coordena a informação acerca do cliente e a sua transmissão, na equipa de saúde; e Globalidade – A enfermeira de referência presta todos os cuidados necessários ao seu cliente numa perspetiva de continuidade.

Na equipa de enfermagem o papel da enfermeira chefe altera-se pois não domina tudo o que se passa com todos os doentes da Unidade de Cuidados. Cada enfermeiro de referência está presente, por exemplo, na visita médica participando na tomada de decisão clínica. A enfermeira em funções de gestão da Unidade delega a autoridade, incentiva a criatividade, encoraja a autonomia, promove a aprendizagem, mantém-se ‘pessoa recurso’ para a equipa e cuida dos enfermeiros que cuidam. Assim, a enfermeira-chefe envolve-se na medida em que encoraja a reflexão e análise, promove a interajuda, domina a técnica de resolução de conflitos, exerce a autoridade baseada na colaboração e consulta e promove a criatividade.

Em síntese, o sucesso ou insucesso do método depende da competência e formação dos enfermeiros da equipa, do tipo de doentes, bem como das características do enfermeiro-chefe para se envolver, sem receio, na gestão participativa.

A organização da prestação de cuidados por enfermeiro de referência além de corresponder às expectativas dos doentes concorre para o desenvolvimento do enfermeiro, permitindo simultaneamente assegurar a individualidade, a globalidade, a responsabilidade e a continuidade de cuidados de enfermagem, ao mesmo tempo que promove a descentralização da tomada de decisão do enfermeiro e possibilita uma maior articulação com a família. Opõe-se, assim, à fragmentação dos cuidados, à existência de diversos intermediários na comunica-

ção e à existência de vários intervenientes na partilha de responsabilidade pela pessoa doente. O facto de ser atribuída, apenas ao enfermeiro dotado de competências para a tomada de decisão (Pinheiro, 1994), a responsabilidade pelos cuidados totais ao doente, desde a admissão até à alta/transfêrencia, sendo também suas atribuições a avaliação do processo e dos resultados (Pearson, 1988), determina que esta conceção de enfermagem, como prática profissional, é centrada na pessoa cuidada.

O método de enfermeiro de referência favorece a interação entre o enfermeiro/equipa/doente/família pois permite uma maior articulação e confiança entre os intervenientes, possibilita a tomada de decisões em conjunto através de uma comunicação verdadeira, ajustada e realista, e facilita o esclarecimento de dúvidas, receios e medos diminuindo a ansiedade e angústia da pessoa doente. Este método potencia que o foco de atenção em enfermagem seja o doente a quem são prestados os cuidados. Estes serão individualizados e de qualidade visando a “humanização dos cuidados e a principal característica, distintiva face a todas as outras, é a descentralização da tomada de decisão, o que implica o reconhecimento, por parte da administração, do direito das enfermeiras que prestam cuidados de tomarem as decisões necessárias para assegurar a qualidade” (Costa, 2004, p. 239).

PROCESSO DE CUIDADOS E QUALIDADE

Esta metodologia de trabalho, por enfermeiro de referência, supõe delegação da gestão de cuidados de enfermagem idealmente no enfermeiro especialista por possuir competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, bem como de supervisão dos mesmos ou no enfermeiro experiente, considerando que “o processo de enfermagem é um método de tomada de decisões clínicas...é um modelo de decisão sistemático que é cíclico, não linear... mantendo o controlo de qualidade dos *outputs* de tomada de decisão” (Urden; Stacy; Kathleen & Lough 2008, p.8).

A garantia da qualidade nos cuidados de saúde prestados adotando estratégias que possibilitem otimizar os recursos e reduzir a ocorrência de eventos adversos tornou-se num eixo fundamental para a obtenção da satisfação dos utilizadores. Segundo o Plano Nacional de Saúde (2012-2016) as políticas saudáveis suportam-se em estratégias e recursos, ao nível da organização dos cuidados de saúde “incentivando explicitamente a responsabilidade por ações de promoção de saúde sistemáticas ou oportunistas, adequadas aos vários níveis, contextos e mandatos, com critérios de qualidade”.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade é atualmente considerado como uma prioridade nas políticas de saúde, bem como está formalmente assumida pela Organização Mundial de Saúde. O XIX Governo Constitucional determinou no decreto-lei 22/2012 que as Administrações Regionais de Saúde “garantem o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, a nível regional, adequando os recursos disponíveis às necessidades e executam políticas e programas de saúde na sua área de intervenção” (Ministério da Saúde, 2012). Como já referimos, os enfermeiros orientados pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros (2002) assumem um papel fundamental, na implementação, articulação e avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

A monitorização da qualidade e consequentes processos de melhoria contínua são um dos instrumentos básicos para a melhoria e promoção dos cuidados. A preocupação com a prestação de cuidados com qualidade deverá ser uma preocupação constante de todos os intervenientes (doente/família, profissionais de saúde, dirigentes institucionais e decisores políticos), desde os primeiros passos na implementação e operacionalização dos serviços (Capelas, Vicuna, Coelho-Rosa, 2011).

Para existir um processo de melhoria da qualidade deve, em primeiro lugar, existir uma preocupação com a mesma desde os órgãos de gestão de topo até às bases, para que possamos então pensar em

melhorá-la, começando por se perceber a sua importância. Em sintonia com Escoval (2003, p. 24) salientamos que “não podemos nunca ter da saúde uma visão puramente economicista, dado que, nesta área, para além dos princípios que norteiam o desenvolvimento económico e social, devem também prevalecer os princípios humanistas, visando a saúde dos cidadãos e o seu bem-estar”.

Para pensar e compreender a importância da qualidade é fundamental refletir na forma como implementá-la: (i) partilhar um claro modelo de cuidados ao doente e família que oriente as atividades diárias; (ii) estabelecer consensos organizacionais quanto à missão e visão; (iii) promover a adequação e partilha de uma linguagem comum de modo a minimizar o conflito e a otimizar a clareza na comunicação; (iv) utilizar o mesmo processo terapêutico e de cuidados baseados na evidência e em *guidelines* consensuais; e (v) colher dados e avaliar o resultado das intervenções terapêuticas e envolvendo-se num processo cíclico que melhore os vários aspetos das atividades clínicas (Ferris; Gómez-Batiste Furst & Connor, 2007). Esta poderá considerar-se como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de atingirem os resultados de saúde esperados e, simultaneamente, consistentes com o atual conhecimento científico e profissional (Grunfeld; Lethbridge; Lawson; Paszat; Johnston & Burgeet al., 2006). Por outro lado, proporcionar cuidados de qualidade é coordenar, conciliar os desejos do doente e sua família, com o espectro de respostas do Sistema Nacional de Saúde (Simmons, 2000).

A avaliação da qualidade passa então pela criteriosa análise de todos os elementos facilitadores, tais como a liderança, os cuidadores, as políticas e estratégias, alianças e recursos disponibilizados e os processos utilizados para se atingirem os objetivos. Os resultados obtidos, refletem a adaptação dos cuidados nos doentes/família, nos profissionais da equipa e restantes elementos dos serviços prestadores de cuidados de saúde (Gómez-Batispte; Porta; Tuca & Stjernward, 2005).

Quando penetramos na avaliação dos serviços de saúde e, concretamente, nos cuidados de saúde, parece-nos que os dois principais elementos da qualidade são a eficácia e a efetividade, em que a primeira se considera como o potencial de benefício em condições reais, na prática diária, ou seja o efeito das intervenções na população específica e em concreto, enquanto a segunda é o potencial benefício das intervenções sob condições ideais, ou então, como em princípio uma intervenção resultará.

No processo de melhoria da qualidade, quando é colocado em prática pelas respetivas equipas, estas dispõem de um processo sistematizado de avaliação da situação global da organização e cuidados prestados pela equipa, permitindo o desenvolvimento de medidas de melhoria, em todas as áreas de abordagem dos cuidados, podendo, desta forma, alcançar-se elevados níveis de qualidade na utilização de diferentes instrumentos e, assim, o respeito integral pelos princípios dos doentes.

EXPERIÊNCIA DE OPERACIONALIZAÇÃO NUMA UCI

Pareceu-nos oportuno comunicar a experiência de implementação da organização da prestação de cuidados de enfermagem por enfermeira de referência, como metodologia de trabalho, numa Unidade de Cuidados Intensivos da Zona Norte, durante cinco anos, uma vez que quando esta metodologia de trabalho é exposta, alguém interroga atónito referindo: Sim, globalmente tem muitas vantagens. Mas em que país estará implementado? Estabelecemos como critérios de escolha do enfermeiro de referência: (I) o nível de desenvolvimento profissional de cada enfermeiro. Ou seja, todos os enfermeiros passavam pela situação de referência e associado, logo que estivessem aptos, após o período de integração, incluindo competências no domínio do sistema de informação informatizado, em uso; (II) de preferência, não ser no momento enfermeiro de referência de mais que um doente, embora pudesse ser associada podia ser de refe-

rência de outro doente; e (III) de preferência, não estar prevista a sua ausência da Unidade, no futuro próximo (licença por férias, maternidade...). Neste contexto, consideramos que a enfermeira de referência (I) Foi sempre um interlocutor privilegiado para a pessoa cuidada; (II) Responsável e garante do projeto de cuidados; (III) Assegurava a Qualidade e continuidade de cuidados; (IV) Recebia o doente na admissão e acompanhava-o até à transferência para outra Unidade de Cuidados; (V) Sempre que estivesse em exercício ficava responsável pelos seus doentes de referência, procurando-se que a rotatividade de horários induzisse o mínimo de interferência nos cuidados; (VI) Favorecia a coordenação e avaliação dos cuidados; e Estimulava a utilização do Processo de Enfermagem, cujo pressuposto é primordial para se poder afirmar que a organização da prestação de cuidados se processa por “Enfermeira de Referência”. Verificámos que esta metodologia de trabalho incentivava a reflexão em equipa, sendo uma oportunidade de intercâmbio de experiências da prática de cuidados. Era assim que ao Enfermeiro de Referência, assumindo o “papel de gestor de cuidados de enfermagem como expressão de um cuidar holístico e complexo...” (Gonzales et al. citado por Sequeira & Lopes 2009), competia, nomeadamente: (I) coordenar a preparação da unidade; (II) receber o doente; (III) proceder à sua admissão; (IV) realizar a avaliação inicial; (V) recolher toda a informação pertinente para efetuar uma correta avaliação do estado de saúde do doente, junto dos seus familiares ou acompanhantes; (VI) Identificar os diagnósticos de enfermagem do doente; (VII) planear, prescrever e avaliar as intervenções de enfermagem a realizar; (VIII) prestar cuidados de

enfermagem globais ao doente em todos os turnos em que estivesse ao serviço; e (IX) participar no planeamento da alta.

Deste modo, tivemos a experiência positiva de documentar a prática de cuidados informatizada, como forma de valorizar a Enfermagem como contínuo da promoção de qualidade, como refere Sequeira (2006), baseado em uma prática, sustentado nos diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, proporcionando uma visibilidade de acordo com o contexto real da prestação de cuidados.

CONCLUSÃO

A organização da prestação de cuidados de enfermagem deve proporcionar continuidade e qualidade de cuidados às pessoas que procuram as Unidades de Cuidados, dado que existe relação positiva entre a aplicação do modelo de enfermeiro de referência e a melhoria da qualidade da prestação de cuidados (Antoli et al.1998).

Face a estes conceitos e reflexões acerca da temática sobre o método de trabalho por “enfermeira de referência” como promotor de qualidade de cuidados, conclui-se da importância de que a gestão de cuidados de enfermagem prossiga no sentido de que o trabalho do enfermeiro se torne mais eficiente e consiga promover satisfação para a pessoa cuidada, o enfermeiro e a equipa de saúde. Para tal, a formação das equipas e o seu redimensionamento são fatores a considerar. Estamos convictas de que “da organização da prestação de cuidados de enfermagem depende um funcionamento eficaz pois é o centro vital da gestão da unidade”. (Rego, 2000, p. 71).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antoli & Sasot, J. (1998). The reference nurse, working satisfaction and that of the patient, *Abstract Enferm Clin.* 8,2, 71 acessado em: <http://www.elsevier.es/en/abstract/revistas/enfermeria-clinica-35/the-reference-nurse-working-satisfaction-and-that-5867-metodo-1998#3b77e723bd0ae48e6cf841362dccc573>
- Capelas, M.; Vicuna, M. & Coelho-Rosa, F. (2011). Avaliar a qualidade em Cuidados Paliativos: como e porquê? *Patient Care*, janeiro, v.16, n.169, p.11-16
- Cardoso, A. (2010). Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem. Acessado em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26863/2/Dissertao%20Ana%20Cristina%20A.pdf>
- Carmona, L & Laluna, M. (2002). "Primary nursing": pressupostos e implicações na prática. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (on-line em formato pdf), 4, 1, p. 12 - 17, Acessado em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium - Revista do ISPV*. Outubro de 2004, p. 239
- Decreto-lei 22/2012 Plano de Redução e Melhoria da Administração Central.
- Escoval, A. (2003). Gerir Serviços de Saúde em contexto de mudança. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 10, 24.
- Ferris FD, Gómez-Batiste X, Furst CJ & Connor S. (2007). Implementig Quality Palliative Care. *Journal of Pain Symptom Management*; vol 33, n.º 5
- Gillies, D. (1994). *Gestión de enfermería - Una aproximación a los sistemas*. Barcelona: Salvat, p. 307.
- Gómez-Baptiste X, Porta J, Tuca A, & Stjernward J. (2005). *Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos*. Madrid : Arán Ediciones.
- Grunfeld E, Lethbridge L, Lawson B, Paszat LF, Johnston G, Burge F [etal]. (2006). Towards using administrative databases to measure population-based indicators of quality end-of-life care: testing the methodology. *Palliative Medicine*.n.º 20.
- Kérrouac, S, Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Laval: Édition Études Vivantes.
- Malagutti, W. & Caetano, K. (2009). *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro: Ed. Rubio.
- Moussete, D & Serralheiro, M. (1987). *Travail en equipe+soins integrtraux - Un mariage possible*. *Nursing Québec*, vol 7, 3, 48. In: Pinheiro, M. (1994) *Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe*. *Servir*, 42, 6, 317.
- Oliveira, L.&Schilling, M. (2011). Análise do serviço de enfermagem no processo de planeamento estratégico em hospital. *REGE*, São Paulo - SP, Brasil, 18, 2.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Divulgação, 6,42, acessado em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE%206.pdf>.
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.
- Pearson, A. (1988). *Primary Nursing*. London: Crom Helm.
- Pinheiro, M. (1994). *Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe*. *Servir*, 42, 6, 314.
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Acessado em <http://pns.dgs.pt/>
- Rego, A. (2000). Como gerir uma Unidade de Cuidados Intensivos. *Servir*, 48, 2, 71.
- Sequeira, A. & Lopes, (2009). *J. Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efectiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência*. *Revista Toxicodependências*. P.73.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora, p.16.
- Simmons J. (2000). *Improving the Quality of End-of-Life Care*. *Qual Lett Healthc Lead*. novembro
- Urden, Linda D., Stacy, Kathleen M & Lough, Mary E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção*. 5ª Edição. Loures : Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.