



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Relatório de Outono 2018



Secção

Trabalho em Equipa

Coordenadores

Ana Paula Sapeta, PhD

Colaboradores

Joana Marinho Alves, MSc

Novembro de 2018

Introdução

Este capítulo foca-se na análise de indicadores de estrutura sobre o trabalho em equipa, sua organização e funcionamento, com a análise dos vários indicadores considerados na recolha de dados, junto das equipas de cuidados paliativos inquiridas e respeitante às 76 que responderam.

O trabalho em equipa é um processo dinâmico multidisciplinar, mas também interdisciplinar. Estes conceitos, de acordo com a Lei de Bases dos CP, são definidos, respetivamente, como: “a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais” e “a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados.” Isto quer dizer que o trabalho em equipa só é realizado quando as perícias dos diferentes grupos profissionais se intersejam e, em conjunto, elaboram um plano assistencial que converge para o mesmo objetivo.¹

Segundo Twycross, na sua composição os elementos de uma equipa básica de CP são o médico, o enfermeiro e o assistente social. Como referido anteriormente, estes PS devem trabalhar de forma coesa, aliando os conhecimentos e competências das diferentes áreas de intervenção na prestação de cuidados. Considera-se uma equipa completa, sempre que inclui outras áreas disciplinares e profissionais (pelo menos, mais duas), como o psicólogo, assistente espiritual, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, voluntariado e outros, que no seu conjunto, têm um papel determinante no apoio global e mais completo pretendido para o doente e família, garantindo a maior qualidade assistencial.²

Na sua organização e funcionamento a equipa deve adotar princípios, tais como:²

- Diferentes profissionais com conhecimentos, linguagens e experiências diferentes, detentores de um objetivo comum, bem definido e compreendido por todos;
- Ambiente informal e relaxado. Pontificam o princípio da igualdade e da diferenciação, considerando que todos têm uma opinião sobre um problema que deve ser ouvida e respeitada, porém com critérios diferentes;
- Uma liderança, com a figura de líder explícita, e que deve propiciar, com a sua intervenção, um ambiente adequado para o funcionamento da mesma;
- Dinâmica de grupo (interna e externa);
- Uma linguagem comum, que permita reconhecer, em conjunto, todos os aspetos a trabalhar e está diretamente ligada à formação e aquisição de conhecimentos comuns;
- O crescimento da equipa, de uma forma harmoniosa, depende do papel do líder. Sempre que a equipa sofre uma crise deve ter como pilares de apoio: o líder, todos os elementos, a sua força e determinação no projeto da equipa;
- Reconhecimento das contribuições e êxitos individuais e grupais;
- Iniciativa e capacidade de decisões;
- Motivação.

Uma **equipa resulta eficaz**² sempre que adota valores, clarifica a sua missão e assume alguns dos seguintes pressupostos:

- O seu **propósito** é partilhado e há um objetivo comum, bem definido e compreendido por todos, havendo uma clara distribuição de papéis.
- **Empowerment**: a equipa tem a capacidade de tomar decisões, partilhando a responsabilidade da mesma entre todos.

- **Relação e comunicação:** todos os elementos têm formação em comunicação, escutando ativamente e demonstrando a sua opinião, sem medo da crítica. Também analisam os desacordos como oportunidades e não inconvenientes.
- **Flexibilidade:** a equipa é flexível quanto à mudança, seja relativa aos membros como ao plano de cuidados
- **Rendimento:** há cumprimento das metas estabelecidas, analisando-se periodicamente o funcionamento da equipa.
- **Reconhecimento:** a equipa reconhece os êxitos de cada um e do grupo, existindo apoio mútuo entre os elementos. Em compensação, utilização essa valorização no maior empenho para a concretização das metas do grupo.
- **Motivação:** satisfeitos por pertencer a equipa, tendo orgulho de pertença.

A dinâmica de uma equipa pode variar consoante a sua composição, estrutura e interação entre os membros. No entanto, a sua eficácia reside na capacidade de adaptação da mesma. Isto que dizer que os profissionais de saúde deverão, por um lado, ser capazes de assimilar as diferentes experiências e perícias de todos os membros e, por outro, adaptarem-se à reorganização, sempre que necessária, dos cuidados ao doente e à família, consoante as suas necessidades, muitas vezes complexas e variáveis ao longo do tempo.²

Relativamente ao funcionamento, uma equipa multidisciplinar deve funcionar com base na liderança. A liderança é um conceito abrangente e complexo, sendo visto como um fator determinante na eficácia das equipas. O líder deverá ter a capacidade de influenciar os elementos da equipa, potenciando as suas competências individuais e as sincronizem na concretização de um objetivo comum. Independentemente dos estilos de liderança, a existência de um líder é essencial para a promoção de um desempenho eficaz da equipa e satisfação dos objetivos da mesma. A satisfação da equipa está intimamente ligada ao facto de todos os membros partilharem a mesma meta, isto é, os objetivos e planos delineados pelos diferentes elementos da equipa têm todos a mesma finalidade.²⁻⁵ A liderança é cada vez mais necessária nas organizações, dado o aumento da complexidade do trabalho das mesmas, surgindo o trabalho em equipa como uma necessidade para dar resposta às inúmeras e complexas situações.⁶

Trabalhar em equipa traz muitos benefícios, mas também conflitos. Os conflitos são gerados, principalmente, devido à má ou falta de comunicação entre os elementos da equipa e também à falta de clareza relativamente ao papel desempenhado por cada profissional traz conflitos, paralelamente à competitividade. A clara definição de papéis é necessária, não só por ser facilitador do trabalho multidisciplinar, mas também porque os participantes destacaram a importância de sentirem que o seu trabalho é indispensável, isto é, que cada elemento tem o seu papel, que este é crucial para o alcance dos objetivos da equipa e se sente valorizado.^{7,8}

A falta de formação também é um obstáculo para a equipa, não só acerca das competências individuais de cada profissional, como também na área dos cuidados paliativos. Relativamente à formação dentro da equipa, este foi um problema destacado por diversos profissionais, que não tinham conhecimento acerca do papel dos outros elementos da equipa, sendo isto um obstáculo ao trabalho interdisciplinar.⁸ A equipa precisa de continuar a desenvolver competências e adquirir novos conhecimentos, porque a sua formação contínua e a sua avaliação cíclica é determinante para a melhoria da qualidade dos cuidados, daí que a definição de um plano anual de formação interna, seja um indicador de qualidade da mesma.

Relativamente às reuniões de equipa, estas são cruciais para a troca de informação e tomada de decisão acerca do plano de cuidados prestados ao doente e família. Nelas deverão estar presentes diferentes profissionais de saúde, sendo um momento-chave para a troca de conhecimento e experiências e melhoria da prestação de cuidados, centrados nas necessidades do doente e da família. As reuniões deverão ser devidamente planeadas e organizadas, quer na gestão de tempo, quer na organização dos temas e devem ser alvo de registo, como uma memória descritiva que permite inclusive monitorizar a sua evolução. O estudo realizado por Brennan *et al.*, 2015, propõe um conjunto de estratégias e metodologia para melhorar a eficácia da equipa interdisciplinar na gestão do tempo e dos assuntos a serem discutidos em reunião. Em conjunto, a equipa estrutura as reuniões, define o principal objetivo da reunião da equipa, o tempo de início e final da mesma, o tempo atribuído a cada caso clínico e a cada opinião de cada elemento, dando assim oportunidade para todos os profissionais falarem. Dispensam também alguns minutos a um momento reflexivo e duas vezes por mês, cerca de 30 minutos da reunião, para a formação da própria equipa. Os elementos da equipa devem fazer uma avaliação rápida no final de cada reunião, estratégia primária para a melhoria da qualidade de cuidados.⁶

Metodologia

Estudo descritivo, observacional e transversal, reportando-se a dados vigentes em 31 de dezembro de 2017.

Equipas/serviços de cuidados paliativos e profissionais de saúde

Quanto às equipas existentes a 31 de dezembro de 2017, recorreu-se a informação disponível no portal web da Administração Central do Sistema de Saúde dedicado à Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Através de solicitação aos Conselhos de Administração e Diretivos das Instituições de Saúde com serviços de cuidados paliativos foi pedido o preenchimento de um formulário em Excel que continha as seguintes variáveis:

- ***Organograma do serviço com identificação dos líderes e responsáveis pelos doentes:*** existência, local de publicação, profissional que exerce as funções de coordenação do serviço;
- ***Plano interno de prevenção de burnout:*** existência;
- ***Plano interno anual de formação contínua:*** existência;
- ***Reuniões de equipa:*** periodicidade; identificação por escrito do gestor de caso, áreas profissionais dos participantes, periodicidade com que os objetivos/assuntos relacionados com o doente, família e equipa são abordados, registos das reuniões (existência, profissional que os realiza e onde são registados).

De um total de 103 equipas/serviços de cuidados paliativos (públicos e privados) com existência a 31 de dezembro de 2017, obtiveram-se dados de 76, o que perfaz uma taxa de resposta de 73.7%. Ao nível das UCP obtivemos 22 em 31 respostas possíveis (taxa de resposta de 71%), das EIHS CP obtiveram-se 34 em 45 possíveis respostas (taxa de resposta de 75.5%) e nas ECSCP as respostas foram de 20 em 27 possíveis (taxa de resposta de 74.1%).

Os dados que são processados neste estudo incluem as seguintes equipas de cuidados paliativos:

- **ECSCP:** Unidade Local de Saúde (ULS) do Baixo Alentejo / Mértola; ULS do Baixo Alentejo / Beja Mais; ULS Nordeste / Terra Fria; Hospital Arcebispo João Crisóstomo; Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Barlavento; ACES Sotavento; ULS da Guarda; ACES Odivelas/Pontinha; ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; ACES Sintra (Cacém-Queluz); Unidade de Apoio Domiciliário – Instituto Português de Oncologia de Lisboa; ULS Matosinhos; Centro Hospitalar (CH) Vila Nova de Gaia/Espinho; CH São João/Valongo; ACES Arrábida; ULS Alto Minho; Humanizar-Santa Casa da Misericórdia dos Arcos de Valdevez; Centro de Saúde Praia da Vitória; Unidade de Saúde da Ilha Terceira; SESARAM (Madeira); LInQUE;
- **EIHSCP:** Centro Hospitalar (CH) do Baixo Vouga; CH Entre Douro e Vouga; Hospital de Braga; Hospital Santa Maria Maior; Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães; ULS do Nordeste; ULS de Castelo Branco; CH e Universitário de Coimbra; Hospital Espírito Santo de Évora; CH do Algarve; ULS da Guarda; CH de Leiria; CH Lisboa Central; CH Lisboa Norte; Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca; Instituto Português Oncologia de Lisboa; Hospital de Cascais; Hospital Beatriz Ângelo; Hospital de Vila Franca de Xira; CH do Oeste; CH de São João; CH do Porto; CH Vila Nova de Gaia/Espinho; CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde; ULS de Matosinhos; CH do Tâmega e Sousa; CH do Médio Tejo; Hospital Distrital de Santarém; Hospital Garcia de Orta; ULS do Alto Minho; CH de Trás-os-Montes e Alto Douro; CH Tondela-Viseu; Hospital Divino Espírito Santo; Hospital da Luz-Póvoa;
- **UCP:** CH Baixo Vouga; Santa Casa da Misericórdia de Serpa - Hospital de S. Paulo; CH do Nordeste - Macedo Cavaleiros; CH da Cova Da Beira; Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede; Instituto S. João de Deus - Hospital S. João de Deus; CH do Algarve – Portimão; ULS da Guarda – Seia; Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus-Casa de Saúde da Idanha; Hospital Residencial do Mar; Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação (ASFE); Clínica S. João de Ávila - Instituto São João de Deus; Naturidade Oeiras, S.A (Naturidade - Laveiras); Wecare; TMG - Residência Para Seniores, Lda.; Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros; Hospital Nossa Senhora da Arrábida; CH de Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Pouca de Aguiar; Hospital Divino Espírito Santo Ponta Delgada; SESARAM (Madeira); Hospital da CUF Infante Santo.

Não enviaram os dados solicitados, após diversas tentativas goradas, as seguintes equipas:

- **ECSCP:** ULS Baixo Alentejo / Moura; ULS Nordeste / Planalto Mirandês; ULS Nordeste / Alfândega da Fé; Ametista-ACES Alentejo Central; ACES Algarve Central; Instituto Português de Oncologia do Porto; ULS Litoral Alentejano;
- **EIHSCP:** CH do Médio Ave; ULS do Baixo Alentejo; Instituto Português Oncologia de Coimbra; Hospital Arcebispo João Crisóstomo; CH Lisboa Ocidental; ULS do Norte Alentejo; Instituto Português Oncologia do Porto; ULS do Litoral Alentejano; CH Barreiro/Montijo; CH de Setúbal; Hospital da CUF Porto;
- **UCP:** Instituto Português de Oncologia de Coimbra; AMETIC, Lda - Apoio Móvel Especial à Terceira Idade e Convalescentes, Lda.; Clínica S. João de Deus; ULS do Norte Alentejo; Instituto Português de Oncologia do Porto; ULS do Litoral Alentejano; CH Barreiro Montijo; CH Tondela/ Viseu – Tondela; Hospital da Luz-Lisboa.

Objetivos

Para este estudo foram definidos os seguintes objetivos:

- 1) Identificar a existência de Organograma do serviço com identificação dos líderes e responsáveis pelos doentes e o respetivo local de publicação;
- 2) Identificar a existência de plano interno de prevenção de *burnout* e do plano interno anual de formação contínua;
- 3) Caracterizar o funcionamento da equipa, designadamente:
 - a. periodicidade das reuniões;
 - b. identificação, por escrito, de um gestor de caso;
 - c. áreas profissionais dos participantes nas reuniões de equipa;
 - d. periodicidade com que os assuntos/objetivos são abordados nas reuniões de equipa (doente, família e equipa);
- 4) Caracterizar os registos efetuados, especificamente:
 - a. Se são efetuados registos?
 - b. Quem elabora os registos?
 - c. Em que plataforma/local são realizados os registos.

Resultados

A apresentação dos resultados segue a mesma sequência dos objetivos propostos.

Dos resultados apurados, a maioria das equipas apresenta um organograma com identificação dos líderes e responsáveis pelos doentes (82.9%). (Tabela 1)

Mais de metade das equipas não têm plano interno de prevenção de *burnout* (69.7%), mas têm plano anual de formação contínua (68.4%). (Tabela 1)

Em todas, se admite a existência de um líder e responsável da equipa, embora nem sempre o caracterizem. Das equipas que identificaram os líderes/responsáveis da equipa, a maioria são médicos (65.8%), ou médicos e enfermeiros (13.2%), ou apenas os enfermeiros são responsáveis pela equipa (5.3%), a assistente social (1.3%) e numa outra equipa foi identificada a diretora clínica (1.3%). Houve 10.5% das equipas que confirmaram a existência de um líder/responsável, mas não o identificaram. (Tabela 1)

É identificado, por escrito, o gestor de caso em 48.7% das equipas, e tal não se observa nas restantes (51.3%). (Tabela 1)

Relativamente aos registos das reuniões, cerca de 80% das equipas efetua registos das reuniões, sendo que a maioria dos profissionais que participam nas mesmas são médicos (98.7%), enfermeiros (98.7%), psicólogos (89.5%) e assistentes sociais (93.4%). (Tabela 1 e 2)

Tabela 1-Indicadores do Trabalho em Equipa (n=76)

Indicadores	N.º	%
Existência de identificação dos líderes/responsáveis/coordenadores	76	100.0
Existe organograma do serviço com identificação dos líderes e responsáveis pelos doentes?	63	82.9
Registos das Reuniões de Equipa (São efetuados registos?)	61	80.3
Plano interno anual de formação contínua	52	68.4
Identificação, por escrito, de um gestor de caso	37	48.7
Plano interno de prevenção de <i>burnout</i>	23	30.3

A participação dos diferentes profissionais nas reuniões é variável, sendo que o médico e o enfermeiro estão na quase totalidade das reuniões, o psicólogo, assistente social estão frequentemente (68% e 71%), outras profissões estão mais raramente presentes. (Tabela 2)

Tabela 2-Áreas profissionais dos participantes nas reuniões de equipa (n=76)

Áreas profissionais	N.º	%
Medicina	75	98.7
Enfermagem	75	98.7
Serviço social	71	93.4
Psicologia	68	89.5
Fisioterapia	25	32.9
Nutrição	24	31.6
Assistência espiritual	21	27.6
Farmácia	15	19.7
Terapia ocupacional	11	14.5
Terapia da fala	6	7.9

As reuniões de equipa são, na sua maioria, realizadas uma vez por semana (69.8%; 53) ou quinzenalmente (9.2%; 7), sendo que 3.9% (3) das equipas não têm reuniões. As restantes equipas referem ter reuniões diárias (7.9%; 6), bissemanais (6.6%; 5) e mensais (2.6%; 2).

A responsabilidade dos registos das reuniões da equipa é muito variável. (Tabela 3)

Tabela 3-Autor do registo da reunião de equipa (n=76)

Autor do Registo	N.º	%
Todos os profissionais	12	15.8
Enfermeiro	12	15.8
Enfermeiro Chefe	8	10.5
Relator/Rotativo por reunião	8	10.5
Coordenador/Diretor de Equipa	8	10.5
Médico	6	7.9
Médico/Enfermeiro	4	5.2
Médico/Enfermeiro/Assistente Social	2	2.6
Secretária/Administrativo	4	5.2
Não efetua registos	3	3.9
Não se aplica	9	11.8

Nas reuniões de equipa, os assuntos/objetivos mais tratados, semanalmente, são os relacionados com o doente e família, os temas relacionados com a própria equipa são debatidos mais espaçadamente, como esperado, um ou duas vezes por mês. (Tabela 4)

Tabela 4-Periodicidade com que os assuntos/ objetivos são abordados nas reuniões de equipa, % (n=76)

Periodicidade	Doente	Família	Equipa
1 vez por semana	63.1	61.8	48.7
2 vezes por semana	6.6	6.6	2.6
Quinzenal	3.9	3.9	6.6
Mensal	-	-	17.1
Anual	-	-	2.6
Não reúne/debate	2.6	2.6	2.6
Sempre que necessário	6.6	7.9	11.8

Das 61 equipas que efetuam registos das reuniões, fazem o seu arquivo em papel ou em ficheiros eletrónicos (Word, Excel, Access ou outro software), usam ainda o processo clínico do doente, o GestCare, SClínico, em formato eletrónico e, igualmente, em formato papel. Várias equipas usam várias modalidades, em simultâneo. (Tabela 5)

Tabela 5-Local de arquivo dos registos das reuniões (n=61)

Arquivo dos registos das reuniões	N.º	%
Ata/Papel	23	37.7
Ficheiro eletrónico (Word/Excel/Access/Outro)	16	26.2
SClinico	5	8.2
Processo Clínico do Doente	3	4.9
GestCare	2	3.3
MedicineOne	1	1.6
Não indica/Não se aplica	11	18.0

Conclusões

A partir dos resultados obtidos neste inquérito feito às equipas de cuidados paliativos de Portugal, encontramos um muito bom nível de organização e funcionamento, com observância da maioria dos indicadores de estrutura. Identificámos a existência de Organograma do serviço (82.9%) com identificação dos líderes (100%) e responsáveis pelos doentes e o respetivo local de publicação, na maioria das equipas.

Sobre a metodologia de trabalho com um gestor de caso, ainda não é universal (48.7%). Esta metodologia também dependerá da tipologia da própria equipa, se atua como assessor e como suporte, ou se de assistência e de cuidados diretos.

A existência de plano interno de prevenção de *burnout* ainda é incipiente (30.3%), sendo um alerta na sua organização futura, tal poderá ser justificado pelo facto de as equipas ainda se encontrarem numa fase inicial de formação (*forming*). A maioria (68.4%) define um plano interno e anual de formação contínua, porém um número significativo de equipas ainda não adota esta prática como regular e necessária.

As equipas realizam reuniões formais, com periodicidade diferente, conforme os assuntos, mais frequentemente (1 vez/semana) para debater assuntos relacionados com doentes e família, mais espaçadamente quando em causa está a própria equipa. Os profissionais que participam nas reuniões são sobretudo o médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social, mais raramente toda a equipa. Importa realçar que as equipas existentes, na sua composição, são na sua maioria básicas e, mais raramente, completas.

Nem todas fazem registos dessas reuniões, as que o fazem usam sobretudo o registo em papel, em atas, livros de registo, ou em formato eletrónico, recorrendo também a software próprio como SClinico e GestCare.

O trabalho em equipa é influenciado pela sua composição e diversidade, organização da mesma, estilo de liderança e as competências individuais de cada elemento, apresentando-se como um desafio constante. A implementação e observância dos indicadores de qualidade no que respeita a esse trabalho de equipa são cruciais para a melhoria dos cuidados prestados, ao mesmo tempo para garantir a 'saúde' da própria equipa, sendo as reuniões momentos chave para rever e repensar a melhoria da qualidade dos cuidados.

Recomendações

De acordo com os dados apresentados importa recomendar:

1. No global, considerar o processo de monitorização e melhoria da qualidade como componente integrante do trabalho dos serviços de cuidados paliativos;

2. Especificamente

- a. Que sejam adequadamente identificados, ou seja por escrito, os gestores de caso alocados a cada doente em concreto;
- b. Implementação de planos internos de prevenção de *burnout*;
- c. Inclusão de outros profissionais de saúde para além dos mais frequentes (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais), nas reuniões de equipa, nomeadamente nas que se destinam à discussão de situações relacionadas com doente/família para uma visão e abordagem integral;
- d. Reunião semanal, no mínimo, para discussão de situações relacionadas com doente/família;
- e. Registo formal das atas das reuniões de equipa.

Referências bibliográficas

1. Diário da República. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos [Internet]. Diário da República, 1ª série - nº 172 Portugal; 2012 p. 5119–24. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Lei-n-52-2012---Assembleia-da-República-Lei-de-Bases-dos-Cuidados-Paliativos.pdf>
2. Bernardo A, Rosado J, Salazar H. Trabalho em equipa. In: Barbosa A, Pina PR, Tavares F, Neto IG, editors. Manual de Cuidados Paliativos. 3ª. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016. p. 907–14.
3. Pinto FEM. O papel da liderança na eficácia das equipas. 2012;
4. Drucker PF. O essencial de Drucker. Lisboa: Actual Editora; 2008. 291-294 p.
5. Cunha ITA. Liderança e Equipas de Trabalho num Contexto de Mudança Um estudo em empresas industriais do Vale do Ave. 2014;72.
6. Brennan CW, Kelly B, Skarf LM, Tellem R, Dunn KM, Poswolsky S. Improving Palliative Care Team Meetings: Structure, Inclusion, and “Team Care.” *Am J Hosp Palliat Med*. 2015;33(6):585–93.
7. Head BA, Furman CD, Lally AM, Leake K, Pfeifer M. Medicine as It Should Be: Teaching Team and Teamwork during a Palliative Care Clerkship. *J Palliat Med* [Internet]. 2018;XX(Xx):jpm.2017.0589. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2017.0589>
8. Klarare A, Hagelin CL, Fürst CJ, Fossum B. Team Interactions in Specialized Palliative Care Teams: A Qualitative Study. *J Palliat Med* [Internet]. 2013;16(9):1062–9. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2012.0622>
9. O’Connor M, Fisher C. Exploring the Dynamics of Interdisciplinary Palliative Care Teams in Providing Psychosocial Care: “Everybody Thinks that Everybody Can Do It and They Can’t.” *J Palliat Med* [Internet]. 2011;14(2):191–6. Available from: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jpm.2010.0229>
10. Donabedian A. An introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press; 2003.
11. Administração Central do Sistema de Saúde IP. Circular normativa. Para: Intituições Hospitalares do SNS, Administrações Regionais de Saúde, IP/Agrupamentos de Centros de Saúde/Unidades Locais de Saúde, EPE. 2017.