

◆ Artigo Original

Projeto de Melhoria da Qualidade: Promoção da Hospitalização Domiciliária em Cuidados Paliativos

Proyecto de Mejora de la calidad: Promoción de la Hospitalización Domiciliaria en Cuidados Paliativos

Quality Improvement Project: Promotion of Home Hospitalization in Palliative Care

Armando Sousa¹; Cláudia Silva²; Fátima Rabim³; Hugo Freitas⁴; Lisa Gomes⁵; Sara Serrão⁶; Tânia Lourenço⁷

¹ RN, MsC, CNS, PhD Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, CIDNUR, Centro de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa

² RN, Pós-Graduado em Gestão de Serviços de Saúde, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE

³ RN, Pós-Graduado em Gestão de Serviços de Saúde, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE

⁴ RN, Pós-Graduado em Gestão de Serviços de Saúde, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE

⁵ RN, Pós-Graduado em Gestão de Serviços de Saúde, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE

⁶ RN, Pós-Graduado em Gestão de Serviços de Saúde, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE

⁷ RN, CNS, PhD, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, CINTESIS, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

Corresponding Author: adsousa@esesjcluny.pt

RESUMO

A prevalência de doenças crónicas progressivas, tem aumentado a necessidade de cuidados paliativos e o domicílio surge como local privilegiado. O presente projeto que se enquadra na melhoria contínua da qualidade, tem como objetivo geral, contribuir para a implementação da hospitalização domiciliária em cuidados paliativos, promovendo a qualidade em saúde, e satisfação das necessidades da população no que diz respeito aos cuidados paliativos. Tivemos premente a metodologia adotada pela Ordem dos Enfermeiros Portuguesa para o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade, bem como a evidência científica, de forma a demonstrar que a fundamentação científica, o planeamento e respetiva definição de estratégias, objetivos e criação de indicadores mensuráveis, além de ajudarem nas tomadas de decisão nesta área, também permitem conceder visibilidade aos cuidados de enfermagem, constituindo ganhos para a população, profissionais e Sistema de Saúde.

Palavras-chave: Melhoria de Qualidade; Enfermagem; Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar; Cuidados Paliativos

ABSTRACT

The prevalence of progressive chronic diseases has increased the need for palliative care and the home appears as a privileged place. The project, which is part of continuous quality improvement, aimed to contribute to the implementation of hospital-based home care service in palliative care, promoting quality in health, and satisfying the needs of the population regarding to palliative care. This aims to contribute to the monitoring and surveillance of people with palliative needs to promote the quality of health. We urgently had the methodology adopted by the Portuguese Order of Nurses for the development of projects for continuous quality improvement, as well as scientific evidence, in order to demonstrate that the scientific basis, planning and respective definition of strategies, objectives and creation of measurable indicators, in addition to helping in decision making in this area, also allow granting visibility to nursing care, constituting gains for the population, professionals and the health system.

Keywords: Quality Improvement; Nursing; Hospital-Based Home Care Services; Palliative Care

IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Os cuidados paliativos, são definidos de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), como um conjunto de cuidados que visam melhorar a qualidade de vida de uma pessoa doente e dos seus familiares, melhorando a qualidade de vida, aliviando e prevenindo o sofrimento diante de uma doença que pode ameaçar a sua vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce e avaliação rigorosa, bem como o tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Em Portugal, de acordo com o Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, estima-se que existem entre 74 873 a 88 979 doentes com necessidades paliativas (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), 2017).

Segundo o relatório de Perfil de Saúde do País, da Organização para a cooperação e desenvolvimento económico (OECD, 2017), contata-se que o cancro é um dos fatores que mais contribui para a mortalidade e as doenças crónicas estão entre as principais determinantes da saúde precária. Esta informação vai ao encontro dos dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), que apresenta os resultados obtidos ao nível da UE-28 indicando que Portugal é um dos cinco países em que a proporção de pessoas com doença crónica ou problema de saúde prolongado foi mais elevada em 2018, e ainda, redige dados relativos a 2019, notificando que 41,2% da população com 16 e mais anos referiu ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado (INE, 2020).

Também foi aferido que, “em comparação com outros países europeus, Portugal tem uma oferta relativamente baixa de camas para o tratamento médico por cada 100 000 habitantes (352,2) ...” (OECD, 2017, p.7)

O domicílio é visto como um local privilegiado para o desenvolvimento de processos terapêuticos que promovem a saúde familiar e subsequentemente da saúde global (Diário da República, 2015).

Conferem muitas vantagens, uma vez que proporcionam cuidados individuais num ambiente familiar. A pessoa doente tem todos os seus bens e recordações. Os familiares estão presentes e participam nos cuidados, favorecendo a continuidade das atividades quotidianas do doente enquanto é possível (Guarda, Galvão, & Gonçalves, 2010). Contudo, segundo os mesmos autores, os cuidados paliativos no domicílio também apresentam desvantagens, nomeadamente a alteração das rotinas familiares e também em situação do agravamento do estado clínico, o que habitualmente é um dos grandes receios das famílias. O controlo domiciliário da sintomatologia do utente, é descrito com um desafio (Ferreira, Sousa & Stuchi, 2008). É sublinhado que não é possível manter um doente em casa se os sintomas não estiverem controlados e a terapêutica devidamente ajustada (Reigada, Ribeiro, & Novellas, 2010).

A HD é vista como uma alternativa ao internamento convencional, com garantia de assistência contínua e coordenada com a equipa multidisciplinar (Barros, 2019). É definida como uma organização de cuidados de saúde que surgiu no contexto de outras formas de organização da prestação de cuidados hospitalares, como os Hospitais de Dia, a Consulta a Tempo e Horas (CTH), os Cuidados Continuados, a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) incluído a Equipa de Gestão de Altas (EGA) e a Equipa de Cuidados Paliativos (EIHSCP), a Telemedicina e a Cirurgia do Ambulatório, que permitiram um melhor acesso com ajuste às reais necessidades de cuidados da comunidade (Hospital Garcia de Orta, 2018).

Segundo o modelo do Sistema Nacional de Saúde (SNS), a HD incide aos utentes que se encontrem em fase aguda da doença e/ou agudização da doença crónica (Direção Geral de Saúde, 2018). Neste sentido, a HD poderá ser vantajosa para fazer face ao supracitado. Apresenta resultados muito positivos na inovação e na modernização do SNS; melhoria na acessibilidade aos cuidados de saúde; redução de complicações inerentes ao internamento convencional, bem como na envolvência psicossocial, promovendo uma humanização dos cuidados com a possibilidade de participação ativa da família e de cuidadores; com ganhos em eficácia e em qualidade (Direção Geral de Saúde, 2018).

Verificou-se um acréscimo na procura de cuidados em HD no corrente ano, de forma a libertar camas para os casos de covid-19 e esta modalidade praticamente triplicou em algumas unidades hospitalares. Especula-se que no final de 2020, que cerca de 11 mil doentes venham a beneficiar desta modalidade de internamento. Estes ganhos em saúde resultam, da reforma do SNS no planeamento e implementação de HD antes da pandemia (Gomes, 2020). O mesmo autor reforça que projetando uma menor taxa de mortalidade e de reinternamento e maior Qualidade de Vida (QV), como grandes benefícios financeiros, um doente custa 45% menos ao SNS em caso de internamento domiciliário.

Assim, constatámos que a HD foi uma alternativa adaptada e favorecedora, face à pandemia provocada pela Covid-19 (Direção Geral de Saúde, 2020). A mesma fonte, exemplifica, que o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), permitiu desde abril de 2019, um total de 3.242 visitas a doentes com HD, das quais, 1667 visitas foram multidisciplinares (enfermeiro e médico), e as restantes apenas pelo enfermeiro. Avaliado o índice de satisfação dos doentes e familiares, traduz-se na taxa de 84% de “muito satisfeitos” com os cuidados recebidos no domicílio (Direção Geral de Saúde, 2020).

Atendendo ao facto de que a Hospitalização Domiciliária (HD), poderá ser uma resposta em cuidados paliativos, consideramos apropriado, desenvolver um projeto nesta área. Este, enquadra-se, no enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem “satisfação do cliente” e “A organização dos cuidados de enfermagem” da

Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2012). Igualmente comunga com o Plano Nacional de Saúde (Direção Geral de Saúde, 2015) nomeadamente com o eixo estratégico, *Qualidade na Saúde*.

O projeto tem como objetivo geral contribuir para a implementação da HD em cuidados paliativos, tendo em vista, a qualidade da saúde, e satisfação das necessidades da população no que diz respeito aos cuidados paliativos. Deste modo delineamos como objetivos específicos: Identificar a evidência científica existente relativamente à HD; caracterizar a população com necessidades paliativas no local a implementar; definir o circuito e critérios de aceitação para HD; elaborar um protocolo de atuação para HD – de acordo com a Norma da *Hospitalização Domiciliária em Idade Adulta* (Direção Geral de Saúde, 2018) e por fim sensibilizar os profissionais de saúde e população para os benefícios da HD.

De acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Diário da República, 2015a) podemos referir que o projeto vai ao encontro de uma das competências esperadas no que concerne à implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem bem como a otimização de respostas às necessidades dos clientes em cuidados de Enfermagem” Na mesma linha, o presente artigo contempla a primeira fase do ciclo de vida do projeto, onde debruçamo-nos em outra competência regulada no respeitante ao desenvolvimento de uma prática profissional baseada na evidência, pelo que iremos definir indicadores, de forma a avaliar a pertinência do próprio projeto, o impacto das intervenções e estratégias definidas, recorrendo à evidência científica.

DIMENSÃO DO PROBLEMA

A prática baseada na evidência é uma abordagem de resolução de problemas para a tomada de decisões clínicas que incorporam uma busca pelas melhores e mais recentes evidências, perícia clínica, avaliação e valores de preferência do utente dentro de um contexto de cuidado (Conselho Internacional de Enfermeiro, 2012).

A HD é um modelo organizativo centrado no doente, visa ganhos em eficiência e em qualidade, diminuição de complicações e alcance de maior nível de humanização e satisfação dos doentes e famílias (Barros, 2019). Assim sendo, há necessidade de uma análise de custo-benefício que poderá conduzir a uma melhoria do bem-estar social, se os benefícios superarem os custos. Nesta linha de pensamento Miguel (2019), profere que a análise custo-benefício, o planeamento da qualidade deve-se ao compromisso entre o custo e o benefício, em que se traduz na satisfação dos requisitos de qualidade, ou seja, menor trabalho corretivo adicional, resultando em maior produtividade, redução de custos e maior satisfação das partes

interessadas no projeto, e perante os resultados dos custos associados à atividade de gestão da qualidade do mesmo.

Este modelo é uma alternativa válida à hospitalização convencional, pois garante grande vantagens desde a maior disponibilidade dos profissionais para a pessoa doente, envolvimento no seio familiar, mais educação para a saúde, menor deterioração do estado funcional, articulação com os CSP e a satisfação dos profissionais de saúde (Cunha, et.al; 2017). Um dos benefícios identificados por Delerue e Correia (2018) é que a HD “vai desenvolver e fortalecer a relação com os cuidados de saúde primários” (p.16). Permitindo um trabalho interdisciplinar em equipa e em coordenação com os recursos em saúde.

Num estudo, Oliveira et al. (2012) sublinham a vantagem de HD na fase paliativa, “por todo o contexto que cuidar de um paciente terminal envolve, desde o momento da informação de que ele está fora de possibilidades terapêuticas de cura” (p.592); ou seja, garantindo qualidade dos cuidados de saúde; não se justificando a ocupação de uma vaga no internamento convencional e possibilitando o apoio familiar no seu lar. Associam o internamento hospitalar a uma “atmosfera de cura, pelos tratamentos curativos ofertados” (p.598).

PERCEBER AS CAUSAS

Obtivemos alguma informação sobre as causas possíveis da nossa problemática, porém recorremos ao método de *Brainstorming*, entre os autores do presente artigo, para enquadrar localmente o problema e facilitar a identificação das suas causas reais. Foi utilizada como ferramenta o Diagrama de *Ishikawa* também designado por Espinha de Peixe no sentido de identificar as causas do problema definido. Identificamos como problemas: falta de conhecimento da população relativamente aos cuidados paliativos; desmotivação dos profissionais de saúde; adesão política à hospitalização domiciliária comprometida.

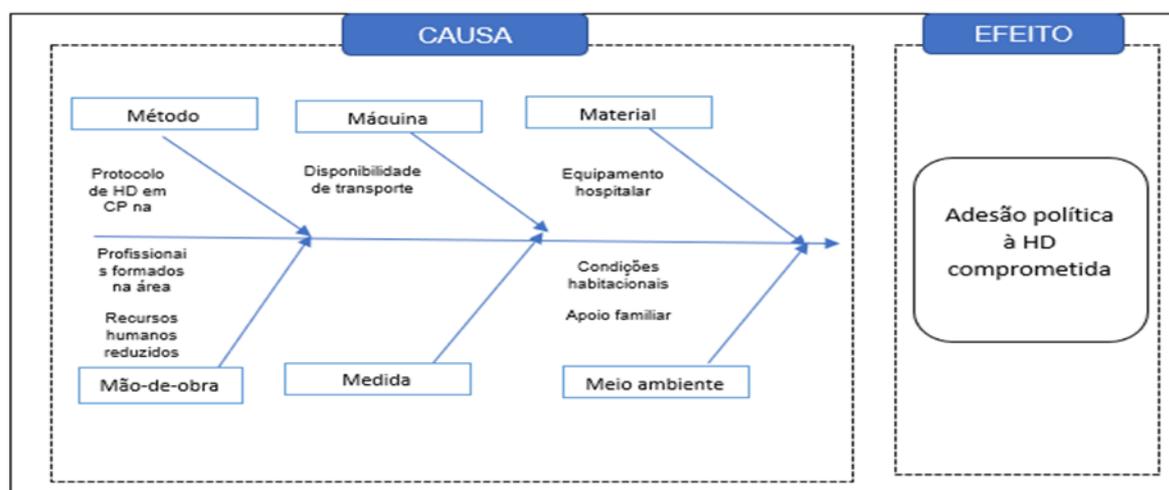


Figura 1 - Diagrama de Ishikawa

Identificação das dimensões em estudo

A adequação deste projeto, traduz-se na criação de um protocolo capaz de responder às necessidades da população no âmbito dos cuidados paliativos, procurando ganhos para as pessoas com necessidades paliativas e sua família, como também para o Sistema de Saúde. A satisfação do cliente é um padrão de qualidade, sendo, portanto, fundamental compreender as suas reais necessidades de forma a oferecer uma resposta adequada e efetiva, através da reorganização dos cuidados, por meio de conhecimentos e recursos disponíveis, facilitando a acessibilidade aos cuidados, salientado a efetividade como a capacidade de promover os resultados traduzida em ganhos em saúde com eficiência, despendendo o mínimo de recursos e esforços.

Unidades de estudo

Os utilizadores incluídos na avaliação serão os adultos (≥ 18 anos de idade) com necessidades paliativas que se encontrem internados ou seguidos no domicílio por uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP).

Tipos de dados

Neste projeto os dados utilizados são de processo e de resultado. O acesso aos dados, só poderão iniciar-se após parecer favorável da respetiva comissão de ética da instituição.

Fonte de dados

A fonte de dados passa pelo processo clínico consultado através dos seguintes sistemas de informação, onde podemos obter informação sobre os utentes, respetivo agregado familiar e identificar a população com necessidades paliativas. Também, através da realização de entrevistas aos utentes, familiares e profissionais de saúde no respeitante à adequação do protocolo de HD desenvolvido às necessidades reais existentes.

Tipo de avaliação

A avaliação é interna, interpares, com respetiva realização e monitorização pelos enfermeiros responsáveis pelo projeto.

Quem colhe os dados e como

O enfermeiro responsável pela UCP e respetiva equipa faz a recolha de dados referente à população com necessidades paliativas, através do sistema de informação em utilização no serviço. Relativamente às entrevistas aos utentes, familiares e diferentes

profissionais de saúde estão são realizadas pelos responsáveis do projeto, após consentimento informado. Toda a compilação e análise de dados será efetuada pelos enfermeiros responsáveis pelo projeto.

Relação temporal

O projeto terá a duração de dois anos.

Definição da população e seleção da amostra

Este projeto assenta na base populacional, constituída por todos os utentes e respetivos familiares seguidos numa UCP, bem como todos os seus profissionais de saúde dessa unidade e dos cuidados de saúde primários que garantem a prestação de cuidados a essa população específica.

Intervenção Prevista

As intervenções previstas são de forma a ir ao encontro dos objetivos definidos anteriormente e comportam: realização uma revisão de literatura em busca da melhor evidência existente sobre o custo-benefício da HD em cuidados paliativos; consulta de normas e legislação relativamente à realização do circuito para esta situação bem como das diferentes fases de um protocolo; envolvem reuniões com a chefe e profissionais de saúde da UCP para colaboração na colheita de dados para a caracterização da população com necessidades paliativas, bem como para reunir opiniões relativamente ao circuito e protocolo elaborados de forma a adaptar à realidade e necessidades; medidas educacionais para os profissionais de saúde e população para sensibiliza-los para os benefícios desta temática.

Indicadores de avaliação

Os indicadores têm como objetivo apoiar os profissionais de saúde na quantificação, qualificação e comparação da respetiva atividade e auxiliar processos de melhoria contínua de qualidade, de modo que a gestão se faça de uma forma racional (Ministério da Saúde, 2013). Por outro lado, a existência de indicadores pressupõe uma gestão capacitada, comprometida com o processo de mudança e melhoria contínua da qualidade dos cuidados e de uma liderança capaz de envolver toda a equipa no cumprimento desses objetivos (Mezomo, 2001).

Seguem-se os indicadores de processo e resultado definidos pelos responsáveis do projeto com vista à consecução dos objetivos a que se propuseram.

Quadro 1 – Indicadores de processo e respetivas metas

Indicadores de Processo	Meta
Realização das atividades planeadas $\frac{\text{N}^\circ \text{ de atividades realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de atividades planeadas}} \times 100$	80% das atividades planeadas sejam realizadas
Aceitação de participação $\frac{\text{N}^\circ \text{ de parceiros que aceitaram}}{\text{N}^\circ \text{ de parceiros convidados}} \times 100$	70% dos convidados aceitem participar
Participação nas várias reuniões $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes/presentes}}{\text{N}^\circ \text{ total de convocados}} \times 100$	40% de participação nas reuniões

Quadro 2 – Indicadores de resultado e respetivas metas

Objetivos específicos	Indicadores de Resultado	Meta
Identificar a evidência científica existente relativamente à hospitalização domiciliária	Realização de uma Revisão de Literatura (RL) $\frac{\text{N}^\circ \text{ de RL realizada}}{\text{N}^\circ \text{ de RL planeada}} \times 100$	100% Que seja realizada uma RL no espaço de 2 meses
Caraterizar a população com necessidades paliativas	Caraterização da população com necessidades paliativas $\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes caraterizados segundo a idade}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes com necessidades paliativas}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes caraterizados segundo o género}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes com necessidades paliativas}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes caraterizados segundo o critério paliativo}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes com necessidades paliativas}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes caraterizados segundo o grau dependência}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes com necessidades paliativas}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes caraterizados segundo controlo de sintomas}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes com necessidades paliativas}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes caraterizados segundo suporte familiar}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes com necessidades paliativas}} \times 100$	Que pelo menos 70% da população que possui necessidades paliativas seja caraterizada relativamente a: idade; género; critério paliativo; grau de dependência; controlo de sintomas; suporte familiar; local preferido

	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes caracterizados de acordo c/ local eleito p/morrer}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes com necessidades paliativas}} \times 100$	para morrer.
Definir o circuito e critérios de aceitação para HD	<p>Definição de circuito e critérios de aceitação para HD</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de circuito definido}}{\text{N}^\circ \text{ de circuito planeado}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de critérios incluídos}}{\text{N}^\circ \text{ de critérios sugeridos pelos peritos}} \times 100$	100% definição do circuito e de inclusão dos critérios de aceitação para HD, conforme a sugestão dos peritos
Elaborar o protocolo de atuação para HD	<p>Elaboração de protocolo</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de protocolos elaborados}}{\text{N}^\circ \text{ de protocolos planeados}} \times 100$	100% elaboração de um protocolo de HD
Sensibilizar os profissionais de saúde e população para os benefícios da HD	<p>Ações realizadas aos profissionais e população</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de ações realizadas aos profissionais}}{\text{N}^\circ \text{ de ações planeadas}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de ações realizadas aos profissionais}}{\text{N}^\circ \text{ de ações planeadas}} \times 100$	50% das ações planeadas para os profissionais e população sejam realizadas.

PLANEAR E EXECUTAR AS ATIVIDADES

O planeamento em saúde, impõe que se elabore um plano a atingir com um propósito ou seja deve-se à necessidade de estabelecer prioridades, identificar as causas do problema, assim como, os recursos e barreiras e adequação dos recursos para alcançar os objetivos.

No presente projeto, o planeamento é dos responsáveis do projeto e a sua execução será da responsabilidade de todos os envolvidos. As atividades planeadas, têm em vista atividades dirigidas aos clientes adultos; atividades dirigidas aos profissionais de saúde e reuniões com as Equipas Multidisciplinares. Todas têm como foco a obtenção da opinião relativamente a aplicabilidade do protocolo elaborado pelos responsáveis do projeto.

Para avaliação da pertinência dos vários itens definidos em protocolo, os responsáveis realizaram vários quadros com os diferentes critérios avaliados conforme os diferentes participantes. Nas atividades desenvolvidas aos vários destinatários supracitados, também se pretende medidas educativas através de várias sessões de educação sobre a temática.

VERIFICAR OS RESULTADOS

A verificação dos resultados será realizada pelos responsáveis pelo projeto de forma permanente a partir de dados decorrentes da atividade realizada na UCP e registos próprios mensalmente de acordo com os indicadores referidos anteriormente.

PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS

A realização de uma monitorização intermédia para avaliação, apresentação e discussão dos resultados obtidos vai permitir aos responsáveis pelo projeto, identificar e propor medidas corretivas para alcançarem os objetivos propostos.

RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

A partilha e divulgação dos resultados do projeto, será feita a toda a equipa multidisciplinar da UCP, às Direções Técnicas, e ao Conselho de Administração da respetiva instituição. Será também feita divulgação do projeto e dos seus resultados através dos canais de partilha de informação da respetivas instituições.

CONCLUSÃO

É importante tomar decisões com vista a garantir a qualidade e obtenção de ganhos em saúde com custos economizados, ou seja, benefícios económicos, em que o resultado é positivo e compense o custo dos serviços de saúde, recorrendo à melhor evidência científica disponível.

Os enfermeiros gestores devem desenvolver várias competências tais como: uma prática profissional baseada na evidência, de forma a avaliar a pertinência do próprio projeto, o impacto das intervenções e estratégias definidas; implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e a otimização de respostas às necessidades dos clientes em cuidados de Enfermagem.

Aferimos que é igualmente crucial proceder a um planeamento rigoroso, atendendo à respetiva definição de estratégias, objetivos e criação de indicadores mensuráveis, uma vez que além de ajudarem nas tomadas de decisão nesta área, também permitem conceder visibilidade aos cuidados de enfermagem e demonstrar os respetivos ganhos para a população e Sistema de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, P. (2019). *Economia da Saúde: Conceitos e comportamentos*. (4ª ed.). Coimbra: Almedina.

- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos/CNCP. (2017). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. Portugal. Retrieved from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Plano-Estrat%C3%A9gico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-2.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). *Combater a Desigualdade: da Evidência à Ação*. (Edição Portuguesa da Ordem dos Enfermeiros). Genebra: International Council of Nurses. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- Cunha, V., Escarigo, M.C.; Correia, J.; Nortadas, R.; Azevedo, P.C.; Beirão, P.; Gomes, A.; & Delerue, F. (2017). Hospitalização Domiciliária: Balanço de um ano da primeira unidade portuguesa. *Revista Medicina Interna*, 24(4), 290-295. Retrieved from: https://www.spmi.pt/revista/vol24/vol24_n4_2017_290_295.pdf
- Diário da República (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Regulamento n.º 367/2015 Diário da República, 2.ª série - N.º 124 Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/67626811>
- Diário da República (2015a). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Regulamento n.º 101/2015. Diário da República, 2.ª série - N.º 48 Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Ministério da Saúde. Retrieved from: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2018). Norma 020/2018 - Hospitalização Domiciliária em idade adulta. Lisboa: Ministério da Saúde. Retrieved from: <https://nocs.pt/hospitalizacao-domiciliaria-em-idade-adulta>
- Direção Geral de Saúde (2020). Hospitalização Domiciliária do CHTS já tratou cerca de 250 doentes. Lisboa: Ministério da Saúde. Retrieved from: <http://www.chts.min-saude.pt/noticias/hospitalizacao-domiciliaria-do-chts-ja-tratou-cerca-de-250-doentes>
- Delerue, F.& Correia, J. (2018). Hospitalização Domiciliária mais um desafio para a Medicina Interna, *Revista Medicina Interna*, 25(1), 15-17. Retrieved from: https://www.spmi.pt/revista/vol25/vol25_n1_2018_15_17.pdf

- Ferreira, N., Sousa, C., & Stuchi, Z. (2008). Cuidados paliativos e família. Rev. Ciênc. Méd., 17, pp. 33-42. Retrieved from: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/742/722>
- Gomes, J.F. (2020, julho). Internamentos em casa aumentaram 400% durante a pandemia. Observador. Retrieved from: <https://observador.pt/2020/07/28/internamentos-em-casa-aumentaram-400-durante-a-pandemia>
- Guarda, H., Galvão, C., & Gonçalves, M. J. (2010). Apoio à família. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, Manual de cuidados paliativos (pp. 751-760). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Hospital Garcia de Orta, EPE. (2018). Unidade de Hospitalização Domiciliária: Programa funcional. Retrieved from: http://www.hgo.pt/Portals/0/Documentos/UHD_Plano_Funcional_2018.pdf
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2020). Estatísticas da Saúde - 2018. (ed. 2020). Lisboa: INE, I.P. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2
- Miguel, A. (2019). Gestão moderna de projetos: Melhores técnicas e práticas. (8ªed.). Lisboa: FCA- Editora de Informática.
- Oliveira, S.; Quintana, A.M; Budó, M. L.; Kruse, M.H.L.; & Beuter, M. (2012). Internação domiciliária e internação hospitalar: Semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. Texto e Contexto Enfermagem, 21(3), 591-599. Retrieved from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300014
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, Paris: OECD Publishing, Retrieved from: <https://www.oecd.org/publications/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2017-9789264285385-pt.htm>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2002). Palliative care. Genebra: World health organization. Retrieved from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- Mezomo, J. C. (2001). Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos. São Paulo: Manole.

-
- Ministério da Saúde (2013). Bilhete de identidade dos indicadores de monitorização dos cuidados de saúde primários. Lisboa: Administração Central do Sistemas de Saúde. Retrieved from: http://www2.acss.minsaude.pt/Portals/0/R_DOC_BI_DETALHADO_2013_10_01.pd
 - Reigada, C. M., Ribeiro, E., & Novellas, A. (2010). Indicadores de capacidade de Cuidar, em famílias de doentes oncológicos paliativos. Porto: Universidade Católica do Porto. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8374/3/Tese%20Carla%20Reigada.pdf>