

A PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE OS PADRÕES DE DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Cristina Rodrigues

Enfermeira do Serviço de Transplante
de Medula Óssea do IPO do Porto

Cristina Pinto

Professora Assistente da Escola
Superior de Enfermagem do Porto
cristinapinto@esenf.pt

Filipe Pereira

Professor Coordenador da Escola
Superior de Enfermagem do Porto
filipepereira@esenf.pt

RESUMO: A documentação de cuidados de enfermagem é fundamental para a qualidade da assistência em enfermagem. Contudo, esta documentação tem apresentado algumas lacunas que a impede de reflectir, com exactidão, o exercício profissional do enfermeiro.

No sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, consideramos pertinente a identificação das categorias e dos itens de informação documentada, relativamente à natureza dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes submetidos a Transplante de Medula Óssea (TMO).

Para tal, concebemos um estudo num paradigma quantitativo, de carácter exploratório-descritivo, com o intuito de definir o perfil do doente submetido a TMO e identificar o padrão de cuidados em uso no Serviço de Transplantação de Medula Óssea (STMO), documentado pelos enfermeiros.

Para responder aos objectivos propostos analisámos o conteúdo da informação produzida pelos enfermeiros, relativa aos cuidados de enfermagem, de 122 episódios de internamento dos doentes submetidos a TMO, internados no STMO do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial (IPOPFG, EPE). Os dados obtidos foram sujeitos a análise estatística - descritiva e inferencial.

Dos resultados auferidos salientamos que o perfil do doente submetido a TMO é, na sua maioria, do sexo masculino, de meia-idade, casado, reformado ou com profissões no âmbito dos trabalhadores qualificados da indústria, construção e artifices. O padrão de documentação de cuidados de enfermagem situa-se, essencialmente, no domínio do compromisso dos processos corporais, desenvolvendo-se intervenções, no âmbito da gestão de sinais e sintomas. A intensidade da acção terapêutica documentada pelos enfermeiros é reduzida, face aos diagnósticos documentados. A informação documentada sugere não reflectir, na sua totalidade dos cuidados "efectivamente" prestados.

Os resultados deste estudo poderão ser úteis na melhoria dos Sistemas de Informação (SI) em uso no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto e induzir à reflexão, por parte dos profissionais, sobre a importância da documentação eficiente dos cuidados de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: padrão de documentação em enfermagem, doente, transplante de medula óssea, sistemas de informação em enfermagem (SIE).

ABSTRACT: *The documentation on nursing care plays a major role in the quality of assistance in nursing. However, it is recognized that this documentation has been presenting some gaps that prevent it from reflecting the nurse's professional work exactly. We understand the need to contribute for the improvement of care quality through the identification of documented information's categories and items in respect of the nature of nursing care provided to the patients subjected to a Bone Marrow Transplantation (BMT).*

In order to achieve that, we have conceived a study in a quantity paradigm of an exploratory-descriptive kind, intending to define the patient's profile subjected to BMT and to identify the pattern of care documented by nurses and used in the Bone Marrow Transplantation Department (BMTD).

In order to meet the proposed goals, we analyzed the content of the information produced by the nurses about the nursing care, from 122 episodes of hospitalization of patient subjected to BMT, who are hospitalized at the BMTD in Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial. The obtained data was submitted to both descriptive and inferential statistical analysis.

From the results obtained we stress that: the patient's profile, subjected to a BMT, is mainly male, middle-aged, married, retired or a skilled worker in industry, in construction, and a craftsman. The pattern of documentation of nursing care lies, essentially, in the domain of a compromise of bodily processes, developing interventions, predominantly, as far as the management of signs and symptoms is concerned. The intensity of therapeutic action documented by nurses is reduced, compared to diagnoses documented. The documented information suggests not to reflect, as a whole, the care "effectively" provided.

The results of this study may be useful in the improvement of the Systems of Information used in the Instituto Português de Oncologia do Porto and may bring about the reflection by professionals on the importance of efficient documentation in nursing care.

KEYWORDS: *pattern of documentation in nursing, patient, bone marrow transplantation, systems of information in nursing.*

I. Introdução

A documentação dos cuidados de enfermagem tem sido alvo de inúmeras e variadas reflexões, que em muito têm contribuído para a evolução de enfermagem enquanto ciência, disciplina e profissão.

A importância atribuída à documentação dos cuidados de enfermagem remonta ao século XIX, onde Florence Nightingale fazia críticas frequentes relativas à falta de informação sobre os cuidados prestados aos doentes, solicitando a sua documentação e avaliação dos resultados esperados (DIAS et al., 2001; MARTINS et al., 2008).

De facto, as preocupações de Nightingale permanecem na actualidade, através da procura de soluções que realcem o papel primordial da documentação de enfermagem na continuidade de cuidados, o que se repercute na melhoria da qualidade dos mesmos.

A documentação dos cuidados de enfermagem é a base de toda metodologia. É através dela que os enfermeiros personificam a arte de cuidar, dão visibilidade ao seu desempenho e promovem a sua autonomia e responsabilidade profissional (DIAS et al., 2001).

No entanto, tem-se verificado que a prática dos cuidados de enfermagem nem sempre está condizente com a prova documental existente (SOUSA, 2006). O trabalho desenvolvido por Silva (2006), no âmbito da implementação do SIE, demonstrou que os enfermeiros pouco documentam do seu trabalho autónomo, existindo uma documentação frequente das suas intervenções interdependentes. Segundo o mesmo autor, ao longo dos anos, tem predominado na prática de enfermagem um modelo de registo em suporte de papel. Este caracteriza-se "(...) pela sua natureza pouco estruturada e pela utilização de texto livre para

produzir narrações do processo de cuidados pouco sistemáticas e cronologicamente orientadas” (SILVA, 1995 cit. por SILVA, 2006, p. 36), conduzindo a uma quantidade excessiva de dados e informação que em nada facilita a tomada de decisão por parte dos enfermeiros. Acresce que o tempo despendido pelos enfermeiros a documentar os cuidados, compete com o tempo disponível para a sua execução, o que leva à necessidade de fazer escolhas quando os recursos disponíveis não são suficientes para tudo o que é necessário (SILVA, 2006).

Assim, torna-se imperativo o desenvolvimento de novas formas de documentação dos cuidados de enfermagem capazes de superar as lacunas presentes nos modelos de registo tradicionais.

A utilização de padrões de documentação, entendidos como um conjunto de itens de informação que se assumem mais frequentes, relativamente a uma dada situação e, como tal, usados como referência, parecem surgir como o novo modelo de documentação de cuidados de enfermagem. No contexto de enfermagem, um padrão de documentação pressupõe um conjunto de diagnósticos e intervenções de enfermagem que surgem com maior regularidade perante determinada situação no âmbito da saúde do doente (SILVA, 2006).

De acordo com o trabalho que Silva (2006) desenvolveu, a utilização de padrões de documentação parece conferir algumas vantagens face aos registos de enfermagem habituais, nomeadamente: permite reduzir o tempo despendido pelos enfermeiros a realizar registos de enfermagem, aumentar o tempo útil disponível para a prestação de cuidados e diminuir a duplicação da informação documentada, aumentando o registo de informação “de qualidade”. Todavia, a utilização de um padrão de documentação requer uma nova forma de suporte da informação que permita organizar, tratar e gerir os dados, a informação e o conhecimento proveniente dos cuidados, com maior exactidão, precisão e legibilidade da informação.

É neste contexto que surgem os SIE, entendidos como “ (...) *uma parte dos sistemas de informação da saúde* (...)” (PEREIRA, 2009, p. 37) que gere alguns componentes de enfermagem, nomeadamente a manutenção dos seus registos (PEREIRA, 2009). De facto, o recurso a um sistema de informação acarreta inúmeras vantagens tais como uma rápida acessibilidade dos dados, maior confidencialidade e

produtividade da informação, maior eficácia no seu processamento, maior facilidade de registo da informação comparativamente com a tradicional, menor perda de informação, apresentação mais sistematizada e características facilitadoras das tomadas de decisão nos diferentes níveis de gestão (PINTO, 2009).

Tendo em conta que os doentes submetidos a TMO experimentam alterações nas suas mais variadas dimensões: física, psicológica, espiritual e social (NUNES et al., 2008), necessitando de cuidados de enfermagem específicos, individualizados e contínuos (LACERDA, LIMA & BARBOSA, 2007), a definição de um padrão de documentação poderá constituir uma mais-valia para a melhoria da qualidade da assistência em enfermagem.

Neste contexto consideramos pertinente delinear um estudo que tomou como objecto o padrão de documentação dos cuidados de enfermagem do doente submetido a TMO e por finalidade contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da identificação das categorias e itens de informação documentada relativos à natureza dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes submetidos a TMO.

II. Material e Métodos

O nosso estudo pretendeu descrever o padrão de documentação de cuidados de enfermagem ao doente submetido a TMO, tendo como ponto de partida a informação documentada pelos enfermeiros nos seus registos clínicos diários.

Para tal, concebemos um estudo de carácter exploratório-descritivo, num paradigma quantitativo e retrospectivo, com os objectivos de definir o perfil do doente submetido a TMO e identificar o padrão de cuidados documentado em uso no STMO, documentados pelos enfermeiros.

O estudo foi desenvolvido no STMO do IPOFG, EPE, depois de devidamente autorizado pelas entidades competentes. O nosso propósito consistiu na recolha da informação documentada pelos enfermeiros nos processos clínicos, referente aos cuidados de enfermagem prestados aos doentes com idade igual ou superior a 18 anos, que se encontram internados no referido serviço, entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2009.

Do conteúdo dos processos clínicos consultados analisamos os registos de avaliação inicial de enfermagem, os re-

gistos de enfermagem diários de evolução do estado clínico do doente e os registos referentes ao momento da alta. Estes documentos correspondem à totalidade dos repositórios da informação documentada pelos enfermeiros do serviço onde se desenrolou o estudo.

Foram definidas variáveis de atributo e variáveis de investigação. Assim, tomando por referência os episódios de internamento (que aqui correspondem ao nosso conceito de “caso”), as variáveis de atributo incluíram a idade; o sexo; o estado civil; a profissão; o diagnóstico médico; o tipo de transplante; a duração, em dias, de cada episódio de internamento e o número total de dias que o doente esteve internado/ano. Por sua vez, as variáveis de investigação compreenderam os diagnósticos e as intervenções de enfermagem. Relativamente aos diagnósticos de enfermagem, o tipo e a frequência, o número de dias em que o mesmo esteve activo, bem como a sua evolução (resolvido, melhorado, piorado e mantido). Relativamente às intervenções de enfermagem, definimos o tipo, a frequência e a intensidade das mesmas. Sendo que as variáveis “*Intensidade da intervenção de enfermagem*” e “*Intensidade do conjunto das intervenções de enfermagem*” foram definidas a posteriori, durante o processo de análise dos dados.

A amostra que serviu de base ao nosso estudo foi uma amostra não probabilística, de conveniência, em que os seus elementos foram selecionados tendo em conta o seu carácter temporal, isto é, correspondente à totalidade dos episódios de internamento, decorridos no STMO do IPO do Porto, no período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2009, dos doentes com idade igual ou superior a 18 anos. A nossa amostra foi constituída por 122 episódios de internamento.

Os dados obtidos foram sujeitos a análise descritiva e inferencial. Para esta última foram utilizados os testes não paramétricos Qui-quadrado e Kruskal-Wallis. Para percebermos as possíveis associações entre as variáveis recorreremos aos testes Qui-quadrado e Kruskal-Wallis. Sendo que a leitura do teste Qui-quadrado apenas foi utilizada aquando da inexistência de células com valores esperados inferiores a cinco.

III. Resultados e Discussão

Cada uma destas pessoas, em média, durante o ano de 2009, teve 1,2 internamentos no STMO do IPO do Porto, sendo que cada episódio de internamento teve, em média, uma duração de 25,5 dias.

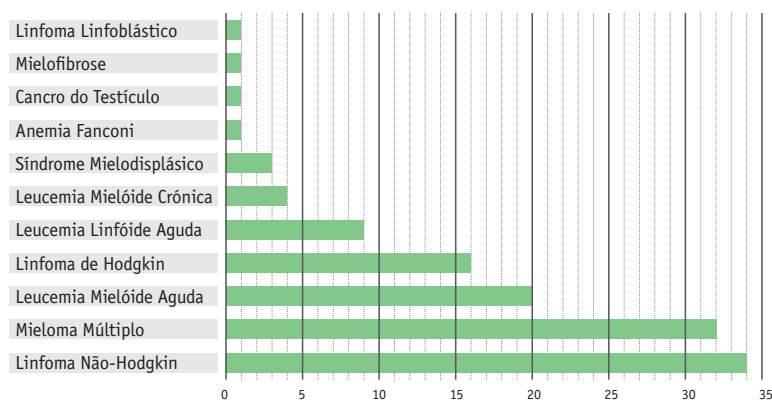
Tendo como referencial a duração média dos internamentos no Serviço Nacional de Saúde e no IPO do Porto – oito dias (Direcção Geral Saúde, 2011), podemos afirmar que os internamentos do doente submetido a TMO são longos.

Esses episódios de internamento referiram-se, na sua maioria, a doentes do sexo masculino (62,3%), sendo os restantes do sexo feminino (37,7%). Predominantemente eram doentes casados (73,6%), cuja profissão correspondia a trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (20%) ou reformados (20%). A média de idade dos referidos doentes, no ano de 2009, foi de 44,6 anos.

Os diagnósticos médicos que se encontravam subjacentes à necessidade de TMO e que desencadearam os 122 episódios de internamento variaram, essencialmente, entre as leucemias agudas e crónicas, os linfomas e os mielomas, tal como demonstra o Gráfico 1.

De entre estes, o Linfoma Não Hodgkin revelou ser o diagnóstico médico mais frequente. Facto este, coincidente com os dados apresentados pelo EBMT, relativamente a 2009, onde 58% dos doentes que se sujeitaram a transplante tinham a sua doença de base incluída no grande grupo dos linfomas (BALDOMERO H. et al., 2011 cit. por EBMT, 2010).

Gráfico 1: Frequência dos diagnósticos médicos associados aos episódios de internamento no STMO do IPO - Porto, no ano de 2009



Os doentes foram submetidos a diferentes tipos de transplante, como se pode observar no Gráfico 2, em função da sua situação clínica, baseada em critérios médicos e da disponibilidade de dador.

Pela leitura do Gráfico 2, verificámos que o transplante autólogo foi a opção terapêutica predominante. Este resultado coaduna-se, mais uma vez, com os dados apresentados pelo EBMT, referentes ao ano de 2009, no qual 59% dos transplantes efectuados foram autólogos (EBMT, 2010). A Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação confirma, de igual forma, que, no ano de 2009, em Portugal, o transplante autólogo prevaleceu relativamente ao alogénico (Autoridade Para os Serviços de Sangue e da Transplantação, 2010).

Gráfico 2: Tipo de transplantes realizados no STMO do IPO - Porto, no ano de 2009, associados aos episódios de internamento ocorridos

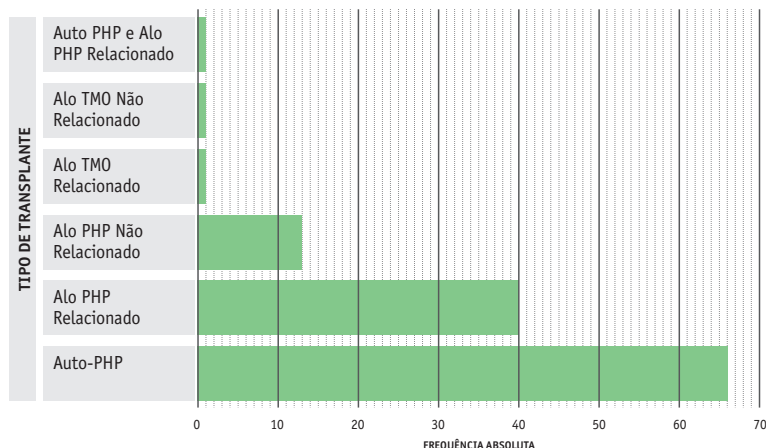
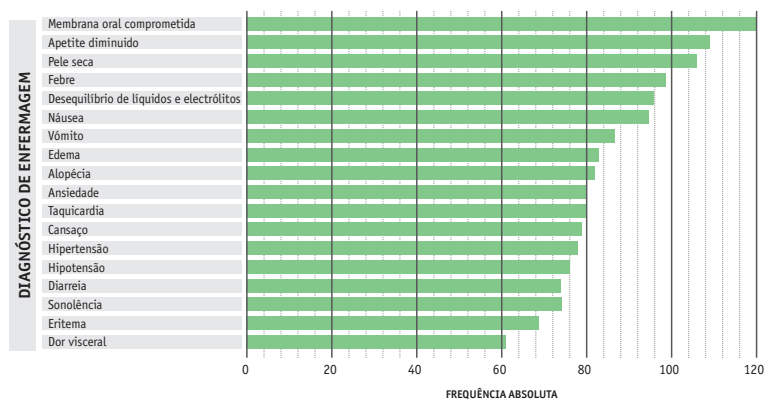


Gráfico 3: Ranking dos diagnósticos de enfermagem documentados



Durante os episódios de internamento, os doentes apresentaram alterações da sua condição de saúde. Estas reportaram necessidades em cuidados que foram alvo de documentação por parte dos enfermeiros. Este processo de documentação definiu o padrão de cuidados de enfermagem documentado, no STMO do IPO do Porto, no ano de 2009.

O Gráfico 3 apresenta os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente documentados pelos enfermeiros do STMO, do IPO do Porto, no ano de 2009. Aqui, apenas se apresentam os diagnósticos de enfermagem que surgiram nos processos em metade dos 122 casos estudados. Com efeito, foram documentados 49 diagnósticos de enfermagem. Contudo, cerca de 31 diagnósticos de enfermagem evidenciavam frequências absolutas abaixo de 61.

Da documentação dos enfermeiros constatámos, sobre a evolução clínica do doente, que os diagnósticos de enfermagem se situaram no domínio dos compromissos dos processos corporais. Uma vez que o TMO, enquanto modalidade terapêutica, não é isenta de complicações, estas comprometem um conjunto de funções corporais que originam diversos focos de atenção para a prática de enfermagem. Desta forma, parece-nos compreensível que o domínio da atenção por parte dos enfermeiros se situe nos compromissos dos processos corporais.

A Tabela 1 apresenta as intervenções de enfermagem documentadas, com maior frequência, pelos enfermeiros do STMO do IPO do Porto, no ano de 2009. Importa salientar, que aqui apenas são apresentadas as intervenções com uma frequência absoluta superior a 12; sendo que esta frequência reporta o número total de vezes que cada uma das intervenções foi documentada (como implementada), independentemente do número de episódios de internamento. Com efeito, foram documentados 48 in-

Tabela 1. Ranking das intervenções de enfermagem (com base na frequência absoluta)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	FREQUÊNCIA ABSOLUTA
Relatar diagnóstico ao médico	506
Gerir regime terapêutico	356
Incentivar a aplicação de creme hidratante	73
Monitorizar tensão arterial	70
Cortar o cabelo	46
Gerir oxigenoterapia	27
Monitorizar sinais vitais	21
Aconselhar drenagem postural	19
Assistir a deambular	16
Promover arrefecimento natural	14
Demonstrar disponibilidade para ouvir	13
Aplicar calor	13
Incentivar corte de cabelo	12
Aconselhar sobre cuidados orais	12

Tabela 2. Intensidade do conjunto das intervenções de enfermagem em relação ao ranking de diagnósticos de enfermagem documentados

Diagnóstico	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Membrana oral comprometida	0,17	0,1	0,04	0,17	0,0	0,7
Pele seca	1,38	1,0	1,00	1,06	0,1	4,0
Febre	2,30	2,3	2,00	0,86	0,5	4,2
Náuseas	0,44	0,3	1,00	0,33	0,1	1,3
Vômito	0,55	0,5	1,00	0,36	0,1	1,5
Edema	0,25	0,2	0,50	0,22	0,0	1,0
Alopécia	0,68	0,5	1,00	0,37	0,2	2,0
Ansiedade	0,60	0,5	1,00	0,34	0,1	1,0
Taquicardia	0,66	0,4	0,05	0,80	0,1	2,3
Hipertensão	0,48	0,4	0,13	0,37	0,1	1,8
Hipotensão	1,01	0,6	0,33	1,30	0,1	6,4
Diarreia	0,72	0,7	1,00	0,39	0,2	2,0
Sonolência	0,52	0,2	0,20	0,66	0,2	2,0
Eritema	0,35	0,2	0,09	0,34	0,1	1,0
Dor visceral	0,92	0,5	0,25	0,99	0,1	4,1

tervenções. Contudo, cerca de 34 intervenções evidenciavam frequências absolutas abaixo de 12.

Da documentação dos cuidados de enfermagem constatámos que o padrão assistencial ao doente submetido a TMO se situou frequentemente no domínio da gestão de sinais e sintomas (SILVA, 2007; PEREIRA, 2009).

A Tabela 2 dá conta da intensidade da realização das intervenções de enfermagem, face aos principais diagnósticos de enfermagem documentados.

É fundamental esclarecer que o valor médio da Intensidade da Intervenção de Enfermagem, no presente contexto, refere-se ao quociente entre o número de repetições de cada intervenção de enfermagem, face ao período em que dado diagnóstico esteve activo e o número de dias em que esse mesmo diagnóstico esteve activo.

Os diagnósticos de enfermagem *Cansaço*, *Apetite Diminuído* e *Desequilíbrio de Líquidos e Electrólitos*, apesar de integrarem o ranking dos diagnósticos de enfermagem mais vezes documentados, não estão elencados na tabela anterior. Tal facto prende-se com a inexistência de intervenções de enfermagem documentadas com integridade referencial com os mesmos. Na realidade, apenas três diagnósticos de enfermagem tiveram uma intensidade de intervenção superior a uma vez por dia (*Febre*, *Pele Seca* e *Hipotensão*). É certo que a natureza dos diagnósticos influencia a necessidade de intervenção dos enfermeiros. Contudo, aquilo que a

documentação traduz é uma realidade marcada por uma “baixa intensidade” da acção terapêutica dos enfermeiros.

Acresce que, ao contrário do que se poderia esperar, às intervenções de enfermagem com maior intensidade, não correspondem os diagnósticos de enfermagem mais documentados. Esta constatação levanta-nos dúvidas e

encaminha-nos para algumas questões, às quais o presente estudo não consegue responder: i) Será que os enfermeiros documentam todas as intervenções executadas? Parece-nos, claramente, que não. ii) Será que os enfermeiros acham necessário documentar tudo o que concretizam? Importa explorar esta questão...

Procurámos de igual forma estudar em que medida a evolução dos diagnósticos de enfermagem estava associada às variáveis de atributo de cada caso e a intensidade da acção terapêutica dos enfermeiros. Antes de mais importa esclarecer que a evolução de cada um dos diagnósticos de enfermagem foi feita com base nos princípios descritos por Pereira (2009). Assim, para efeitos de ajuizar a evolução de um diagnóstico de enfermagem, procedemos à comparação do estado (*status*) da primeira vez que o referido diagnóstico foi registado com o seu último estado (*status*).

A análise comparativa da evolução dos diagnósticos de enfermagem em função da idade dos doentes, do número de dias de internamento e da intensidade das intervenções de enfermagem, não revelou, em sentido lato, diferenças com significado estatístico, quando aplicado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, a um nível de significância de 0,05.

Merecerá alguma reflexão futura o baixo nível de associação entre a intensidade das intervenções de enfermagem documentadas e a evolução (positiva) do estado dos diagnósticos de enfermagem. É certo que a documentação padece de debilidades. Contudo, importará, no futuro reflectir sobre esta realidade.

Importa, desde já, iniciar as reflexões em torno dos conteúdos a serem incluídos nos sistemas de informação clínica dos enfermeiros do STMO, sob pena de uma parte significativa dos cuidados prestados continuarem invisíveis nos repositórios (electrónicos) do IPO do Porto. A reformulação dos sistemas de informação clínica do IPO do Porto, sendo certo que constitui uma oportunidade, também representa um desafio para os enfermeiros do STMO.

IV. Conclusão

Reflectindo sobre os resultados auferidos e confrontando com a bibliografia existente, concluímos que o padrão de documentação dos cuidados de enfermagem obtido não reflecte a totalidade dos cuidados que o doente submetido a TMO carece e, como sabemos, recebe. Tendo em conta a complexidade de todo o percurso de transplantação e o

impacto que o mesmo tem, na condição de saúde do doente, percebe-se que o mesmo precisa de cuidados específicos, individualizados e contínuos, que o padrão de documentação de cuidados obtido não descreve suficientemente.

Desta forma, urge a necessidade de criar um novo modelo de documentação dos cuidados de enfermagem no STMO. Como tal, seria pertinente dar continuidade ao estudo, procurando identificar, junto dos enfermeiros, os itens de informação mais relevantes a incluir em novos modelos de documentação.

Ambiciona-se ainda, que o presente estudo seja útil no apelo à reflexão, por parte dos profissionais do STMO, não só da documentação dos cuidados mas também da prestação dos mesmos. Espera-se que, de algum modo, se consiga contribuir para os processos de reengenharia dos SI, a decorrer no IPO do Porto.

BIBLIOGRAFIA

- AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO. (2010). Relatório Estatístico 2010: Colheita e transplantação de órgãos, tecidos e células. p. 1-44 [Em linha] [Consult. 5 de Setembro de 2011]. Disponível em www.asst.min-saude.pt/Paginas/asst.aspx.
- DIAS, A. [et al.]. (2001). Registos de enfermagem. In *Servir*, 49: 267-271.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2011). Centros de saúde e unidades hospitalares: Recursos e produção do SNS 2009. Lisboa. ISSN 1645-8893.
- EUROPEAN GROUP FOR BLOOD AND MARROW TRANSPLANTATION. (2010). Annual Report/10. (2010) p. 1-31 [Em linha] [Consult. 5 de Setembro de 2011]. Disponível em www.ebmt.org/Contents/Pages/Default.aspx.
- LACERDA, M.; LIMA, J.; BARBOSA, R. (2007). Prática de enfermagem em transplante de células tronco hematopoéticas. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Vol. 9, n.º 1, p. 242-250. [Consult. 20 Agosto 2011]. Disponível em www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a19.htm.
- MARTINS, A. [et al.]. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12:52-61.
- NUNES, A. [et al.]. (2008). A sexualidade do doente sujeito a transplante de medula óssea. *Onco. News*, Ano II:17-21.
- SILVA, A. (2006). Sistemas de informação em enfermagem: Uma teoria explicativa da mudança. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda. ISBN 972-8485-76-X.
- SILVA, A. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. In *Servir*, 55:11-19.
- SOUZA, P. (2006). Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: Um modelo explicativo. 1ª edição. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda. ISBN 972-8485-75-1.
- PEREIRA, F. (2009). Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Formasau - Formação e Saúde, Lda. ISBN 978-989-8269-06-5.
- PINTO, L. (2009). Sistemas de informação e profissionais de enfermagem. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Tese de Mestrado.