
Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina

Proposta de um percurso *

Marta Lima Basto, Enfermeira, Doutora em Psicologia Social, Investigadora da UI&DE e Membro da Comissão Científica do Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa

São abordadas questões que inquietam enfermeiros clínicos, docentes e investigadores quanto à investigação do cuidar de enfermagem. Tendo presente a construção da disciplina, são levantadas questões relativas ao cuidar de enfermagem. É proposto um percurso que inclui a clarificação de pressupostos até à construção de uma matriz teórica, a partir da qual é possível justificar áreas a investigar. É ainda abordada a tradução da investigação para a prática.

Palavras chave: Disciplina do conhecimento, construção da disciplina, quadro de referência, matriz teórica, cuidar de enfermagem, investigação do cuidar, orientações para a prática.

Several questions regarding research on nursing care that worry clinical nurses, tutors and researchers are identified. Having in mind the construction of the discipline, questions concerning nursing care are raised. A pathway is proposed, including framework clarification towards the construction of a theoretical matrix, that will justify the identification of areas of research. Research translation into practice is also mentioned.

Keywords: Discipline of knowledge, construction of the discipline, framework of reference, theoretical matrix, nursing care, caring research, guidelines for practice.

* Este artigo foi elaborado com base na Comunicação intitulada "Reflexões sobre a investigação do cuidar de enfermagem", realizada na ESEL a 27 de Novembro de 2009, no âmbito da Semana da Ciência e Tecnologia "Ciência Viva"

Introdução: a construção da disciplina

Estamos ainda numa fase inicial da construção da disciplina do conhecimento *Enfermagem*, pelo que se poderia dizer que tudo o que se queira investigar é útil. Mas será ainda mais útil à disciplina prática que a enfermagem é, concentrarmo-nos nas questões que dizem respeito à prática dos cuidados /prestação de cuidados/ cuidar de enfermagem. Questões estas centrais, de onde surgirão outras questões. Assim, prefiro a designação *cuidar de enfermagem* baseada no princípio que é uma prática que se constrói sobre a interacção enfermeiro-cliente com a intenção de contribuir para o seu bem estar ou diminuir o seu sofrimento. O objecto dos cuidados de enfermagem é o bem estar do cliente no seu quotidiano - quase sempre uma pessoa, com frequência um grupo e por vezes uma comunidade.

A designação *disciplina prática* é utilizada por autores como Litchfield & Jonsdottir (2008) que defendem o paradigma participativo, como aliás já Shon (1983) se referia a *teorias práticas*, para referir que neste tipo de disciplinas do conhecimento ou áreas do saber, o saber disciplinar é obtido tanto da prática profissional a que respeita por processos indutivos como por processos de abstracção teórica, como exploração conceptual e análise conceptual. O saber disciplinar tem também um interesse prático.

A investigação é indispensável para compreender e explicar fenómenos e sempre que possível relacioná-los com outros fenómenos e assim ir consolidando um enquadramento teórico que caracteriza a disciplina, independentemente de alguns casos ajudar a resolver problemas. Ora os fenómenos da prática dos cuidados que nos fazem levantar questões são:

- a saúde dos clientes, por ser a finalidade dos cuidados de saúde; as relações clientes-enfermeiro e outros profissionais-enfermeiro, uma vez que é através da relação que o enfermeiro intervém, fazendo habitualmente parte de uma equipa multidisciplinar;
- as acções dos enfermeiros e os resultados nos clientes, sensíveis aos cuidados de enfermagem, por ser através deles que se demonstra a eficácia dos cuidados de enfermagem. Utilizo aqui a expressão *acções* por ser a opção da CIPE (2006), mas a expressão genérica, que se aplica a todas as acções nos campos mais variados é *intervenções*.

As competências do enfermeiro vão para além do cuidar, envolvendo a gestão desses mesmos cuidados, o que pressupõe uma prática ética e legal e o desenvolvimento profissional (OE, 2003). Ao defender como prioritário para o desenvolvimento da disciplina a investigação sobre o cuidar de enfermagem, não estou a diminuir a importância da investigação sobre a gestão dos cuidados, sobre a ética profissional, sobre o desenvolvimento profissional e a formação de enfermeiros, sobre a participação dos enfermeiros na gestão dos serviços de saúde e nas políticas de saúde, sobre a história dos cuidados de enfermagem ou sobre a perspectiva psicológica ou sociológica do que caracteriza o grupo de enfermeiros. Pretendo antes considerar o cuidar de enfermagem como o cerne da enfermagem. É aquilo que caracteriza a disciplina e que exige o desenvolvimento do saber próprio.

Questões centrais do cuidar de enfermagem que exigem investigação

O cuidar de enfermagem pode ser analisado sob várias perspectivas. Passo a elencar as questões que me parecem centrais.

Que resultados se podem esperar na saúde do cliente, relacionáveis com os cuidados de enfermagem? Esta é a questão actualmente prioritária a nível internacional e julgo que deveria ser também entre nós. É indispensável demonstrar que os cuidados de enfermagem são fundamentais e imprescindíveis à saúde da população. A possibilidade de medir resultados é uma questão de qualidade e de profissionalidade. As implicações são várias:

- melhoria da saúde das pessoas,
- financiamento dos serviços de saúde e da investigação,
- respeito pela profissão e poder do grupo profissional na sociedade.

A identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e de indicadores desses resultados é um trabalho que já está iniciado, mesmo em Portugal, mas que precisa de toda a nossa atenção. A investigação destes aspectos exige estudos descritivos e analíticos, numa perspectiva indutiva e estudos dedutivos para medir resultados, uma vez identificados os indicadores. Os estudos serão muito facilitados com a existência de registos electrónicos e a utilização de uma linguagem classificada que não

está ainda acessível a todos os enfermeiros.

A título de exemplo, apresento no Quadro 1 os resultados de dois estudos, segundo as áreas já identificadas na literatura (Henderson et al, 2007).

Quadro 1 - Resultados sensíveis ao cuidar de enfermagem

Áreas já identificadas na literatura	Num CS, Portugal (Basto, 2007)	Num H, Austrália (Henderson et al, 2007)
<u>Conhecendo-se</u> Partilha pessoal, humor, relação amigável	Sentir-se confiante (C) / cuidado (E); relação próxima, cortesia	Segurança quando E respondem/ antecipam as suas necessidades sentir-se cuidado
<u>Traduzindo</u> Informar, explicar, dar indicações, ensinar	Sentir-se aliviado (C) / melhor (E)	Disponibilidade do E mais importante que “proximidade”; E têm em conta preferências
<u>Ter compaixão</u> Preocupação genuína e “ligação”	Capaz de gerir a sua saúde (E)	E respeitam privacidade, denotando compaixão

Os dados de um estudo sobre a ajuda prestada pelos enfermeiros em interação com utentes dum centro de saúde, baseiam-se nos relatos de ambos (Basto, 2007) e incluem a percepção dos clientes e enfermeiros sobre os ganhos em saúde resultantes das interações entre eles. Os dados de um estudo sobre comportamentos de cuidar de enfermagem, em serviços de medicina e cirurgia de um hospital australiano, baseiam-se na observação das interações e na percepção dos doentes (Henderson et al, 2007). De notar que ambos parecem confirmar as áreas sensíveis ao cuidar de enfermagem já identificadas na literatura que o “fazer por” está incluído.

Não é possível enumerar todos os estudos sobre o assunto, mas a título indicativo recomenda-se a leitura:

- do estudo de Maben e Griffiths realizado para a National Nursing Research Unit do King’s College de Londres (2008);
- de inventários de comportamentos de cuidar, como por exemplo a Escala “Caring Behaviour’s Inventory”, adaptada para Portugal por Loureiro, Ferreira e Fernandes (2009), construída sobre cinco dimensões: disposição e atenção positiva ao doente, investimento compreensivo, investimento técnico, investimento comunicacional, investimento do cuidado ético;
- o estudo de Pereira (2007), sobre indicadores a partir dos registos de enfermeiros, que me parece constituir um avanço significativo nesta temática.

Qual o processo de cuidar seguido pelos enfermeiros? Será o mesmo que o seguido pelas pessoas significativas do cliente? Será diferente do processo seguido por outros profissionais de saúde? A temática tem sido estudada, por vezes como processo de decisão clínica e como decisão ética.

Considero que foi dado um grande avanço conceptual no estudo de Lopes (2006) ao identificar que as várias etapas do processo se realizam, na prática, simultaneamente, em que cada uma está presente ao longo da “espiral” formada pelo processo de intervenção terapêutica de enfermagem e pelo processo de avaliação diagnóstica, dois processos inseparáveis. Podemos a partir de agora confirmar esta explicação teórica noutros estudos e ensinar que o processo de cuidar não é linear, não segue só a um raciocínio lógico de resolução de problemas mas exige avaliação e intervenção praticamente simultâneas, que resultam da centração da atenção na vida quotidiana da pessoa/grupo, nas respostas às situações de saúde que estão a viver. Justifica-se o aprofundamento do estudo dos processos de cuidar seguidos pelos enfermeiros.

Quais os conceitos estruturantes da disciplina Enfermagem? Aqueles que foram nomeados mas não estão caracterizados e também os conceitos utilizados por outras disciplinas ou na linguagem corrente, que podem tomar um sentido diferente quando utilizados em enfermagem.

O desenvolvimento conceptual tem que ser contínuo até porque há que fazer reformulações ao longo do tempo, que geralmente significam novo conhecimento. São exemplos de alguns conceitos

centrais: Homem (que evoluiu para indivíduo e depois para pessoa e cliente), saúde, bem-estar, sofrimento, cuidar, confortar, necessidades, presença, respeito, transições, relação terapêutica, instrumento terapêutico, entre outros conhecidos. Alguns termos fazem parte do nosso léxico habitual e só quando os questionamos, é que compreendemos que há diferenças no sentido que lhe é atribuído por diferentes pessoas e contextos.

Os conceitos estruturantes da disciplina estão em fases diferentes de desenvolvimento. O desenvolvimento conceptual é uma das questões difíceis de investigar e existem diferentes estratégias, que se situam num contínuo. Segundo Meleis (2007) esse contínuo vai da exploração conceptual (necessária quando o termo é usado mas ainda não faz parte do léxico de enfermagem), à clarificação conceptual (refinar o conceito utilizado em enfermagem, mas sem a aceitação generalizada das suas propriedades e sentido), à análise conceptual (formas de alargar o desenvolvimento do conceito).

Quadro de referência

É sabido que cada um de nós se guia na prática de cuidar e nas restantes actividades profissionais por um quadro de referência que engloba conceitos e valores ou crenças, pressupostos que correspondem à nossa concepção de cuidar em enfermagem. Também é sabido que cada cultura e sub-cultura, por exemplo a nível das unidades de internamento, unidades ou centros de saúde, os grupos de enfermeiros têm determinada concepção de cuidar em enfermagem, que aliás me parece determinante na prestação de cuidados. Apesar de o sabermos, verifico a enorme dificuldade que cada enfermeiro tem em nomear os conceitos e valores que o guiam, justificando-se a utilização de estudos indutivos para tornar consciente o quadro de referência individual ou de grupo. O que é frequente é a demonstração pelos enfermeiros do conhecimento que têm de quadros de referência (teoria adoptada, segundo Argyris & Shon, 1974) o que é muito diferente do “seu” quadro de referência ou seja aquele que guia a sua prática (teoria em uso, segundo Argyris & Shon, 1974).

Os quadros de referência de outras disciplinas têm sido muito úteis à enfermagem tal como os quadros de referência de enfermagem podem e já são em certa medida, úteis a outras disciplinas. Os mesmos termos podem adquirir sentidos diferentes na perspectiva de cada disciplina do conhecimento (ex: inteligência emocional, disfunção). A própria forma como são expressas as questões de investigação podem evidenciar a perspectiva disciplinar. O que importa neste artigo é o quadro de referência da nossa disciplina.

Como é natural, as associações profissionais e no nosso caso a Ordem dos Enfermeiros (2003), aprovou um enquadramento teórico para a prática profissional (conceitos de saúde, pessoa, ambiente, cuidados de enfermagem) e enunciados descritivos que incluem a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto-cuidado, a readaptação funcional, entre outros.

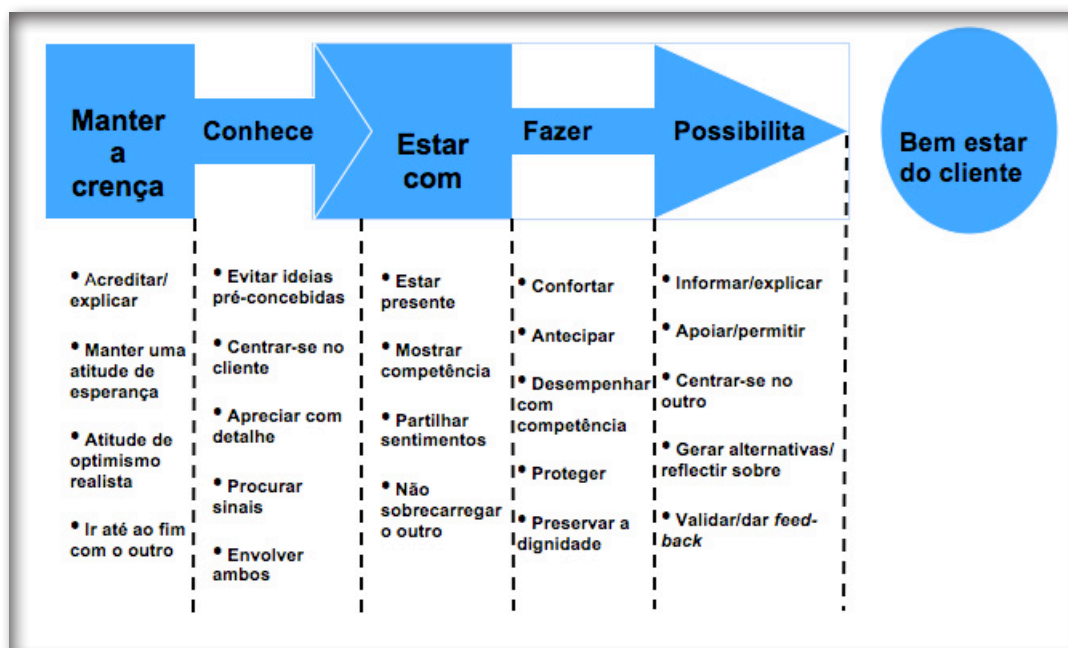
Cada investigador tem necessidade de clarificar o quadro de referência que vai seguir no seu estudo. Pode ser um determinado conceito de cuidar de enfermagem, um modelo teórico, uma teoria, ou uma explicitação, por palavras suas, do que para si é uma referência, inspirada ou não em conceitos já conhecidos na literatura. Os modelos teóricos de enfermagem nasceram da clarificação que os seus autores pretenderam fazer para efeitos da formação de enfermeiros ou da investigação. Mas, seja qual for o quadro de referência, exige-se coerência com ele ao longo do estudo, isto é, o estudo inicia-se partindo de determinados pressupostos e quer venha a confirmar quer venha a acrescentar novas hipóteses teóricas, a perspectiva de análise do investigador mantém-se a inicial.

É nesse sentido que gostaria agora de clarificar os meus pressupostos para se poder compreender a matriz teórica que a seguir apresento: conceito de enfermagem de Meleis e a estrutura de cuidar de Swanson (2003) que passo a apresentar. Ao longo de vários anos tenho sentido a utilidade da concepção de cuidados de enfermagem de Meleis & Trangenstein (1994). Apesar destas autoras deixarem em aberto o significado de cada conceito ou de simplificarem alguns, o que me ajuda a raciocinar é a relação entre os conceitos apresentados. Assim, tomo como referência que:

O enfermeiro interage (Interacção) com o ser humano numa situação de saúde-doença (cliente de enfermagem), ser humano que é parte integrante do seu contexto sócio-cultural (ambiente) e que está a viver uma transição (transição). As interacções enfermeiro-cliente organizam-se em torno de uma intenção (processo de enfermagem) e o enfermeiro utiliza algumas acções (terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar ou facilitar a saúde (saúde) (Meleis & Trangenstein, 1994, p 256).

Outra referência que me é muito cara é a estrutura de cuidar de Swanson (2003), expressa no Quadro 2, a que a autora chegou através de vários estudos fenomenológicos no âmbito da saúde materna. Tenho verificado a sua utilidade em contextos muito diversos. Uma das razões porque me atrai tanto é a utilização de linguagem corrente, para explicitar o cuidar de enfermagem segundo Jean Watson (2008) autora que muito a influenciou.

Quadro 2 - Estrutura (conteúdo adaptado) do cuidar segundo Swanson (2003)



É de notar que várias classificações de fenómenos e acções /intervenções dos enfermeiros se aproximam mas, no meu entender, ficam aquém desta, no que respeita ao cuidar directo do cliente. Por exemplo, encontramos claramente na CIPE (2005) a acção *Determinar* que se aproxima do *Conhecer*, o *Executar* que se aproxima do *Fazer por* e *Informar* que se aproxima do *Possibilitar*. No estudo de Kirkevold (1993) citado por Corbin (2008) foram identificados o conhecimento sobre a situação de saúde, a compreensão do significado de viver com uma doença crónica e as acções *Aliviar* e *Possibilitar (enabling)*.

Considero o bem-estar como sendo sempre definido pelo próprio, embora possa ser observado e compreendido pelos que lhe estão próximos mas, como vimos atrás pelos resultados de alguns estudos, é possível identificar vários resultados subjectivos e é cada vez mais possível identificar resultados objectivos do bem-estar, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Parto como muitos outros autores (Roper, Logan e Tierney,1996; Carpenito, 1997; Hesbeen, 2001) do conceito de bem estar como:

- A experiência humana de saúde que resulta da capacidade que cada pessoa tem para ultrapassar equilíbrios perdidos e de se adaptar às circunstâncias da vida, por si só ou com ajuda.
- A perda do bem estar não é o aparecimento de doença mas sim a incapacidade de recriar o potencial individual.

Matriz teórica disciplinar

As disciplinas do conhecimento caracterizam-se mais pela sua matriz teórica, que vai evoluindo, do que pelos métodos de investigação que utilizam (Almeida & Pinto,1976). A matriz teórica inclui:

- as problemáticas que a disciplina elabora, no nosso caso a forma como olhamos as situações de saúde vividas pelas pessoas que justificam cuidados de enfermagem e

- as dimensões utilizadas para analisar essas problemáticas, no nosso caso as dimensões teóricas do cuidar.

Para propor questões a investigar sobre o cuidar de enfermagem temos que recorrer a uma matriz teórica da disciplina. A que vou apresentar não pretende ser exaustiva, mas sim chamar a atenção para o que me parece central na disciplina e portanto na investigação do cuidar de enfermagem.

A proposta é que cada investigador seleccione a matriz teórica que o guia, no sentido de justificar a pertinência da questão de investigação. No quadro seguinte, não pretendo ser exaustiva, somente dar alguns exemplos de transições e de dimensões do cuidar. De acordo com a problemática a estudar o investigador assinala as transições conhecidas nessa etapa da vida ou nessa situação de saúde.

Quadro 3 - Matriz teórica de Enfermagem

Transição para... Dimensões do cuidar	parentalidade	Adulto (adolescência)	papel de dependente: doença/acidente/perda significativa	reforma	velho	morte
Funcionalidade corporal/auto-cuidado (Pessoa)						
Estilos de vida + Ambiente (Pessoa; grupo)						
Prevenção de doenças (Pessoa; grupo; comunidade)						
Tratamento situações agudas e crónicas (Pessoa)						

Áreas a investigar

Partindo do pressuposto que uma matriz deste tipo corresponde ao quadro teórico de enfermagem que aponta para o objecto de cuidados (bem estar da pessoa, grupo - incluindo família – e comunidade), para as várias dimensões do cuidar e para as transições que exigem cuidados, quais as áreas a investigar prioritariamente?

Se combinarmos auto-cuidado com transição para velho e para a morte temos um campo de actuação enorme. Desde a investigação sobre os cuidados à boca, pelo próprio ou com ajuda, que se engloba na área mais vasta dos cuidados de higiene, que inclui dimensões culturais e fisiológicas. Existe investigação neste campo, mas penso que precisamos de muito mais para obter bases para a construção de orientações baseadas na evidência científica. O mesmo se poderá dizer da gestão do funcionamento vesical ou intestinal (por exemplo) – haverá investigação suficiente sobre os cuidados de enfermagem?

Se combinarmos estilos de vida saudáveis e adolescentes, há certamente muito escrito, mas que evidência existe sobre os efeitos das estratégias utilizadas pelos enfermeiros?

Se combinarmos prevenção de complicações (ex: infecções tais como flebites) com tratamento de pessoas em qualquer situação temos práticas contrárias às *guidelines* utilizadas noutros países e muito pouca investigação sobre o conjunto de acções que os enfermeiros realizam entre nós.

Se combinarmos estilos de vida com transição para a morte, temos um campo enorme de conhecimento por explorar.

Há áreas em que existe investigação que já permitiu construir *guidelines* como por exemplo a informação sobre estilos de vida ou sobre prevenção de complicações da doença, o tratamento de feridas incluindo úlceras de pressão, a diminuição da dor, jejum pré-operatório (Royal College of Nursing, 2007). O livro de Ackley et al descreve 192 *guidelines* sobre temas muito variados, demonstrando que em muitos aspectos a prática de enfermagem já pode ser baseada na evidência científica.

Como traduzir a investigação para a prática?

Gosto muito desta expressão, pois por vezes espera-se que os resultados de um estudo possam ser transportados para a prática clínica. Na realidade há vários passos a percorrer. É preciso que haja estudos suficientes para poderem ser comparáveis, isto é, através de uma revisão sistemática da literatura se façam meta-sínteses e meta-análises. Para o conseguir cabalmente é necessário facilitar o acesso dos enfermeiros, outros profissionais de saúde e gestores de organizações de saúde a esses estudos. Isso significa publicar os estudos, inclui-los nas bases de dados e alargar os hábitos de leitura, incluindo por consulta electrónica.

Só depois obtido um certo grau de evidência científica se passará à análise dos contextos para se decidir que alterações são necessárias para introduzir novos comportamentos, incluindo as orientações sobre os cuidados em situações específicas. A introdução de novos comportamentos profissionais é em si mesmo um processo moroso e dependente de muitos factores já identificados essencialmente na disciplina da Psico-Sociologia.

Não se pode portanto esperar que um estudo de investigação sobre o cuidar de enfermagem justifique a introdução de novas práticas do cuidar de enfermagem.

Conclusão

O Conselho Internacional de Enfermeiros considera que a investigação em enfermagem “é dirigida à compreensão dos mecanismos fundamentais que afectam a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades para manter ou estimular o funcionamento óptimo e minimizar os efeitos negativos da doença. A investigação em enfermagem também deve ser dirigida aos resultados das intervenções de enfermagem, de forma a assegurar a qualidade e a relação custo-benefício do cuidar em enfermagem” (ICN, 2007, p.2)

Da investigação sobre o cuidar de enfermagem esperam-se contributos para:

- melhor conhecer a vivência de situações de saúde das pessoas e grupos;
- a apreciação e diagnósticos de enfermagem;
- as intervenções de enfermagem e os seus resultados de forma a conseguir:
 - identificar conceitos
 - propor a relação entre conceitos ou modelos conceptuais
 - teorias de médio alcance
 - teorias situacionais/sobre cuidados em situações clínicas específicas.

Para propor questões a investigar sobre o cuidar de enfermagem temos um percurso a percorrer, que inclui uma matriz teórica da disciplina, que é construída ou reconstruída pelo investigador e que guiará todo o estudo de investigação.

Referência bibliográficas

Ackley, B.; Ladwig, G.; Swan, B.A.; Tucker, S. - *Evidenced-based nursing care Guidelines*. Elsevier, 2009.

Almeida, J. F.; Pinto, J. M. - *A investigação nas Ciências Sociais*. Ed Presença. Lisboa 1976.

Argyris, C. Shon, D. – *Theory in practice: increasing professional effectiveness*. San Francisco, Jossey Bass Publishers, 1974.

Basto, M.L. – Da tarefa ao cliente como ser cultural: saberes utilizados por enfermeiras num centro de saúde, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (1), Janeiro/Junho 2007, p.59-70.

Basto, M.L. – *Investigação em Enfermagem – Temáticas actuais a nível académico in Colectânea do Projecto ICE*, Canárias, 2008. ISBN 978-972-8612-41-2

Carpenito, - *Diagnósticos de enfermagem – aplicação à prática clínica*. 6ª Ed. Porto Alegre. Artes médicas, 1977.

CIPE, Versão 1.0 Tradução oficial em Português, Ordem dos Enfermeiros, 2006.

- Corbin, J – Is caring a lost art in nursing? *International Journal of Nursing Studies* 45, 2008, 163-165.
- Henderson,A.; Van Eps, M-A.; Pearson, K. James, C.; Henderson, P. ; Osborn,Y. – “Caring for” behaviours that indicate to patients that nurses “care about” them. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (2) Oct. 2007.
- Hesbeen, W. – Qualidade em enfermagem – pensamento e acção na prestação do cuidar. Loures, Lusociência, 2001.
- ICN - *ICN Position Statement on Nursing Research*, revisto em 2007.
- Litchfield, M.; Jonsdottir, H. - A practice disciplina that’s here and now. *Advances in Nursing Science*, 31 (1) Jan/March 2008, p.79-91.
- Lopes, M. J. – *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra, Formasau, 2006.
- Loureiro,L.; Ferreira, R; Fernandes, I. - Inventário de comportamentos de cuidar (ICC):resultados do estudo de tradução e adaptação numa amostra de enfermeiros portugueses. (Aguarda publicação na Revista de Investigação em Enfermagem).
- Meleis, A. – *Theoretical Nursing – Development & Progress*, 4th Ed.,Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- Meleis, A. ; Trangenstein, P. – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42 (6) Nov/Dec 1994, p. 255-259.
- Maben,J. e Griffiths, P. - *Nurses in Society* realizado para a National Nursing Research Unit do King’s College de Londres. October 2008
- Royal College of Nursing – *Clinical Guidelines*, 2007/08/09, <http://www.rcn.org.uk/development/practice/clinical> guidelines - consultado a 4 Novembro 2009.
- Shon, D. - *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York, Basic Books, 1983.
- Swanson, K.M. – Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship* 25(4), 1993, p.352-57.Ordem dos Enfermeiros – *Conselho de Enfermagem – Do caminho percorrido e das propostas*, Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- Pereira, F – *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada ao ICBAS, Universidade do Porto.2007.
- Roper, N.; Logan, W.; Tierney, A. – *The elements of Nursing based on a model of living*. 4th Ed. London, Churchill Livingstone, 1996.
- Watson, J. – *Nursing – philosophy and science of caring* – revised edition. University Press of Colorado, 2008.

Contacto:
mlimabasto@netcabo.pt