



TRANSIÇÃO DOS PACIENTES DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
TRANSITION OF PATIENTS FROM INTENSIVE CARE UNITS
TRANSICIÓN DE LOS PACIENTES DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Suely dos Passos Antonio¹, Elizabeth Bernardino², Louise Bueno Lelli Tominaga³, Otilia Beatriz Maciel da Silva⁴, Fabieli Borges⁵, Danelia Gomez Torres⁶

RESUMO

Objetivo: compreender, na perspectiva dos acompanhantes, a transição dos pacientes que receberam alta das Unidades de Terapia Intensiva. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, exploratório, realizado por meio de entrevista semiestruturada, com 30 acompanhantes de pacientes identificados como cuidadores principais. Transcreveram-se e analisaram-se os dados pela técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática. **Resultados:** emergiram-se três categorias: "Continuidade da informação: o cuidado prestado pelos profissionais impactando as percepções dos acompanhantes"; "Transições situacionais: mudanças nas situações de família e a redefinição de papéis" e "Transições no processo de saúde-doença do ser cuidado: os acompanhantes vivenciando a experiência de transição do paciente". **Conclusão:** identificaram-se fragilidades, pelos acompanhantes, no processo de transição dos pacientes das Unidades de Terapia Intensiva para as enfermarias, e estas podem ser mitigadas pela atuação do enfermeiro, que deve conhecer o perfil dos pacientes sob a sua responsabilidade e o contexto familiar para aplicar as práticas de cuidado, orientações e medidas de suporte à família. **Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Continuidade da Assistência ao Paciente; Cuidado Transicional; Família; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermaria.

ABSTRACT

Objective: to understand, from the perspective of the companions, the transition of the patients who were discharged from the Intensive Care Units. **Method:** this is a qualitative, exploratory study, performed through a semi-structured interview, with 30 companions of patients identified as primary caregivers. Data were transcribed and analyzed using the Content Analysis technique in the Thematic Analysis modality. **Results:** three categories emerged: "Continuity of information: the care provided by professionals impacting the perceptions of the companions"; "Situational transitions: changes in family situations and the redefinition of roles" and "Transitions in the health-illness process of being cared for: the companions experiencing the transition experience of the patient". **Conclusion:** fragilities were identified by the caregivers in the process of transition of patients from the Intensive Care Units to the infirmary, and these can be mitigated by the nurses' performance, who must know the profile of the patients under their responsibility and the family context to apply care practices, guidelines, and family support measures. **Descriptors:** Nursing Care; Continuity of Patient Care; Transitional Care; Family; Intensive Care Unit; Patient Rooms.

RESUMEN

Objetivo: comprender, en la perspectiva de los acompañantes, la transición de los pacientes que recibieron alta de las Unidades de Terapia Intensiva. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, exploratorio, realizado por medio de una entrevista semiestruturada, con 30 acompañantes de pacientes identificados como cuidadores principales. Se transcribieron y analizaron los datos por la técnica de Análisis de Contenido en la modalidad Análisis Temático. **Resultados:** surgieron tres categorías: "Continuidad de la información: el cuidado prestado por los profesionales impactando las percepciones de los acompañantes"; "Transiciones situacionales: cambios en las situaciones de familia y la redefinición de papeles" y "Transiciones en el proceso de salud-enfermedad del ser cuidado: los acompañantes viviendo la experiencia de transición del paciente". **Conclusión:** se identificaron fragilidades, por los acompañantes, en el proceso de transición de los pacientes de las Unidades de Terapia Intensiva para las enfermerías, y éstas pueden ser mitigadas por la actuación del enfermero, que debe conocer el perfil de los pacientes bajo su responsabilidad y el contexto familiar para aplicar las prácticas de cuidado, orientaciones y medidas de soporte a la familia. **Descritores:** Atención de Enfermería; Continuidad de la Atención al Paciente; Cuidado de Transición; Familia; Unidad de Cuidados Intensivos; Habitaciones para Pacientes.

¹Enfermeira, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: supassos21@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-3329-5867>; ²Doutora, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: elizaber@ufpe.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1321-8562>; ³Mestra, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: louiselelli@yahoo.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0367-2617>; ⁴Mestra (doutoranda), Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: macielotilia2@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1541-5618>; ⁵Mestranda, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. Bolsita CAPES. E-mail: fabieliborges6@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0835-5311>; ⁶Doutora, Universidad Nacional Autónoma de México/UNAM. Toluca, México. E-mail: gomezdanelia@usa.net ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4083-6342>

INTRODUÇÃO

Entende-se a transição como um conceito familiar no desenvolvimento de teorias sobre o estresse e a adaptação, as quais contemplam tanto as continuidades, quanto as descontinuidades nos processos de vida dos seres humanos, pois estão invariavelmente relacionadas à mudança em determinado momento, sendo este um tema importante para a Enfermagem.¹

Identificam-se três tipos de transição relevantes: 1) Transição de Desenvolvimento: relacionadas às fases do ciclo de vida de um indivíduo; 2) Transição Situacional: relacionada aos vários papéis educacionais, profissionais, acréscimos ou perda de pessoas em determinada situação que obrigue à redistribuição de papéis e 3) Transição Saúde-doença: relacionam-se com o impacto das transições contextualizadas nas doenças exploradas pelo indivíduo.

Sabe-se que as transições não são experimentadas uniformemente por todos os indivíduos, mesmo quando as circunstâncias são semelhantes. Percebe-se, no entanto, que existem algumas semelhanças, por exemplo, a existência de uma estrutura de dimensões composta de, pelo menos, três fases: entrada, passagem e saída.²

Destaca-se, entretanto, a existência de outro conceito que não pode ser confundido com o conceito de transição. Trata-se do conceito de cuidados de transição,³ que deve ser entendido como um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde de pacientes que são transferidos entre diferentes locais ou diferentes níveis de cuidados do mesmo local. Participam-se deste processo a logística das ações, o armazenamento de informações, a educação do paciente e sua família, bem como a comunicação entre os profissionais de saúde e a coordenação dos envolvidos nestes cuidados.³ Considera-se uma quota do cuidado integrado, que ocorre ao longo da duração dos episódios de cuidado e como uma parte da prevenção da re-hospitalização.⁴

Intensifica-se, progressivamente, a discussão sobre os cuidados de transição, como uma das formas de superar a fragmentação da assistência à saúde, garantindo a continuidade dos cuidados, otimizando a comunicação, firmando-se como uma estratégia para a efetivação da integralidade diante de um envelhecimento populacional, de doenças crônicas prevalentes e em franco crescimento e da otimização do tempo de permanência hospitalar.⁵⁻⁶

Compreende-se que o enfermeiro deve entender a diferença entre estes dois conceitos e ter a consciência de que a sua atuação nos cuidados de transição auxiliará o paciente a vivenciar, de forma positiva, os seus momentos de transição. Contribui-se, pela compreensão das propriedades e condições inerentes a um processo de transição, para a condução e o desenvolvimento das ações de Enfermagem e estas convergem com as experiências particulares dos clientes e suas famílias, contribuindo para respostas saudáveis a essa experiência.²

Destaca-se o papel do familiar/acompanhante que vivencia este processo de transição concomitantemente com o paciente. Sabe-se que há evidências de que esta experiência é dolorosa, frente ao prognóstico incerto e à possibilidade de morte do familiar internado, podendo resultar em mobilização e fragilização emocional do acompanhante, ao participar da rotina hospitalar, tais como os sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, a ansiedade e a depressão.⁷⁻⁸

Sabe-se que a presença dos acompanhantes nas internações hospitalares é um dos parâmetros apresentados pela Política Nacional de Humanização.⁹ Depende-se a inclusão do familiar/acompanhante no processo de cuidado do paciente não só da forma como a instituição concebe as ações de acompanhamento para a família, mas, também, como a gestão do serviço de saúde integra a família dentro da organização dos processos de trabalho. Fornece-se pelo familiar, durante o processo de internação, o suporte ao doente mantendo, ainda, os vínculos para além da instituição, o que possibilita a redução de sintomas psicológicos, bem como contribui no fazer técnico dentro das unidades.⁷ Devem-se considerar estas vivências nos momentos de planejamento da alta dos pacientes e nos cuidados de transição.²

Elaborou-se, ao reconhecer a importância dos acompanhantes no processo de transição do paciente da UTI para a enfermaria, a seguinte questão norteadora para este estudo: “Como é percebida a transição dos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva para a enfermaria pelos acompanhantes?”.

OBJETIVO

- Compreender, na perspectiva dos acompanhantes, a transição dos pacientes que receberam alta das Unidades de Terapia Intensiva.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, desenvolvida em um hospital de Curitiba (PR), referência no atendimento de trauma no Sul do país.

Abordaram-se 50 acompanhantes de pacientes transferidos das UTI's para as enfermarias e, destes, aceitaram participar da pesquisa e respeitaram os critérios de inclusão 30 acompanhantes. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: ser maior de idade, ser responsável pelo cuidado do paciente hospitalizado e ter participado do cuidado nas UTI's e nas enfermarias. Informa-se que a amostra foi intencional, sendo concluída pela saturação das informações, não sendo necessário expandir o número amostral.

Recrutaram-se os participantes pessoalmente pela pesquisadora principal, estabelecendo-se a seguinte rotina: diariamente, a pesquisadora principal tinha acesso ao relatório dos pacientes hospitalizados nas UTI's e avaliava as transferências ocorridas para as enfermarias. Selecionavam-se, quando identificada a transferência do paciente da UTI para a enfermaria (geralmente, um dia após a alta da UTI), o paciente e seu acompanhante, avaliavam-se os critérios de inclusão e abordava-se o acompanhante sobre a pesquisa e, no caso de aceite, combinava-se o momento para a entrevista em um ambiente reservado, onde, após esclarecido sobre o TCLE, se entrevistava o participante individualmente.

Coletaram-se os dados por meio de entrevista individual, com instrumento semiestruturado, com perguntas que caracterizavam os participantes e que procuravam compreender a percepção destes em relação aos cuidados de transição que os seus familiares tinham recebido. Realizou-se a coleta entre os meses de março a maio de 2017, dentro das dependências do hospital. Gravaram-se e transcreveram-se as

entrevistas, posteriormente, na íntegra, garantindo a fidedignidade dos dados. Identificaram-se os participantes como A1 (acompanhante do usuário 1) até o último participante, o A30 (acompanhante do usuário 30). Respeitaram-se os critérios de saturação¹⁰⁻¹ para a finalização da coleta de dados.

Estabeleceram-se, como fundamentação teórica do estudo, os conceitos da Teoria das Transições, no que o tange ao conceito de transição e às definições referentes aos tipos de transição,¹ e os elementos fundamentais necessários para a continuidade do cuidado, no que se refere ao delineamento dos tipos de continuidade.¹²

Respeitaram-se as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, com parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o Parecer número: 1.802.094 CAAE: 60950516.7.0000.5225.

RESULTADOS

Apresentam-se, na tabela 1, o perfil sociodemográfico e a procedência dos participantes.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e procedência dos participantes. Curitiba (PR), Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
Sexo		
Mulheres	24	83%
Homens	6	17%
Grau de parentesco		
Filhos	9	33%
Cônjuges	9	33%
Outros parentescos (mãe, sobrinha, irmãos, tios)	12	34%
Grau de escolaridade		
Ensino fundamental I (até o 4º ano)	5	16%
Ensino fundamental II (5º ao 9º ano)	3	10%
Ensino médio	18	60%
Ensino superior	2	7%

Ensino superior incompleto	2	7%
Proveniência dos pacientes		
UTI geral	17	57%
UTI cirúrgica	13	43%

Utilizou-se a técnica de Análise Temática e, com base nos referenciais teóricos, construíram-se três categorias por meio da similaridade dos temas e maior aproximação com os conceitos: a) Continuidade da informação: o cuidado prestado pelos profissionais impactando as percepções dos acompanhantes; b) Transições situacionais: mudanças nas situações de família e a redefinição de papéis e c) Transições no processo de saúde-doença do ser cuidado: os acompanhantes vivenciando a experiência de transição do paciente.

DISCUSSÃO

Identificou-se, como eixo central na primeira categoria, denominada “Continuidade informacional: o cuidado prestado pelos profissionais impactando as percepções dos acompanhantes”, a comunicação entre o paciente/família e os profissionais assistenciais. Evidenciaram-se fragilidades e falhas advindas das lacunas deste processo. Informa-se que a insegurança e a incerteza foram os sentimentos que permearam as falas dos acompanhantes entrevistados. Provocou-se, por meio dos momentos de transferência entre os serviços, uma descontinuidade relacionada às informações sobre os cuidados que seriam necessários, conforme se destaca nas falas seguintes.

Acho que aqui falta informação para o paciente, mesmo para o acompanhante, me sinto perdida aqui, lá na UTI, eu sabia o horário das coisas. Mas, no dia que ele pegou alta, eu não fiquei sabendo. (A9 e A3)

Entende-se a informação como a linha condutora que liga o cuidado de um fornecedor para outro, assim como de um serviço de saúde para outro,¹² e, durante esse processo de transição de cuidados, a comunicação é facilitada pela uniformização e pela continuidade das configurações desses cuidados.^{6,13}

Percebe-se, com os achados da pesquisa, que a qualidade da comunicação entre os profissionais de Enfermagem e os acompanhantes, dentro do ambiente hospitalar, é de suma importância, para que uma assistência contínua e ininterrupta aconteça, visando à qualidade do cuidado de Enfermagem e uma transição positiva para o paciente.

Entende-se o enfermeiro como o profissional competente e atuante no processo

de cuidar, capaz de liderar e planejar, com qualidade, a assistência prestada, utilizando-se de uma boa comunicação com a equipe e os demais envolvidos na assistência.¹⁴ Advoga-se este profissional a favor do paciente, assegurando o respeito à sua autonomia, crenças e valores na tomada de decisão, objetivando o empoderamento do paciente.¹⁵⁻⁶

Faz-se a incerteza prognóstica, em casos de pacientes com doença crônica de longa data, por exemplo, com que a transição alterne diferentes e difíceis níveis de cuidados e, diante destas múltiplas transições, o enfermeiro deve ser capaz de trabalhar em meio a uma gama infinita de configurações.¹⁷ Desenvolve-se a habilidade de atuação em diferentes contextos, mostrando-se, assim, protagonista indispensável na assistência ao paciente e considerando-se as suas particularidades. Sustenta-se, pela evidência, a variedade de papéis desempenhados por estes profissionais.¹⁷

Destaca-se a segunda categoria emergente na análise dos discursos denominada “Transições situacionais: mudanças na realidade da família e a redefinição de papéis”. Reflete-se, nesta categoria, a mudança na condição de saúde do paciente em transição da UTI para a enfermaria e, principalmente, a reorganização e as adaptações necessárias para o paciente e o seu núcleo familiar.

Evidencia-se, pelos discursos, a expressão de um sentimento de “abandono” ao saírem da UTI para a enfermaria. Muda-se o cuidado prestado de conformação, sendo sentido pelo paciente e sua por família, pois não é mais considerado “intensivo”. Deixa-se, por meio das diferenças estruturais e materiais entre o cuidado prestado pela equipe da UTI e pela enfermaria, o acompanhante inseguro, fazendo com que se sinta desamparado e despreparado para auxiliar no processo de transição do paciente. Citou-se, como outra questão, a diferença quantitativa de recursos humanos entre um setor e outro relacionada, na percepção dos participantes, como deficiência na assistência prestada e nas orientações fornecidas.

Aqui embaixo não tenho muita noção, mas acredito que seja 15 pacientes para duas enfermeiras, o fluxo é maior aqui. Tem umas ali que a gente percebe que elas saem, elas gostariam de ficar mais, mas não dá, o tempo delas é curto, são poucas pessoas “enfermeiros” para bastante pacientes. As pessoas entram e saem e não falam muito, o

que me parece é que tem um pouco menos de disponibilidade do que lá. (A13, A14 e A27)

Constata-se que a inexistência de uma rotina de alta planejada e a descontinuidade de informações favoreceram a vivência de transições negativas.

Quando eu cheguei no horário da visita na UTI e que ficamos sabendo da alta dela, mas a gente não se preparou. (A26)

Identifica-se a percepção negativa do cuidado pelos acompanhantes, contextualizada no acréscimo na carga de trabalho dos profissionais de Enfermagem e no número de pacientes por profissional de Enfermagem, levando à diminuição da satisfação dos pacientes quando relacionam o cuidado prestado.¹⁸

Entende-se que esta condição fez com que alguns acompanhantes identificassem seus familiares como não aptos para serem transferidos para a enfermaria, e isto remete à falta de preparo prévio destes familiares e às fragilidades no planejamento da alta dos pacientes. Contrapõem-se a esta ideia alguns acompanhantes, que entenderam a transição como sinônimo de melhora e a alta da UTI como a concretização deste processo.

Nota-se que a fragilidade na transmissão das informações também se deve ao fato de que não é claro, para os profissionais, quem é o cuidador responsável pelo paciente, o “tutor do cuidado”. Contribuiu-se, por esta situação e pela falta de planejamento de alta para a enfermaria, para as informações incompletas e a percepção negativa da transição do cuidado. Devem-se os enfermeiros ser capazes de planejar os cuidados e as intervenções que são inerentes às necessidades do paciente diante do processo de transição, uma vez que planejamentos de alta compartilhados propiciam agilidade no seu trabalho e no da equipe, favorecendo o paciente/família.¹⁹

Elencou-se, como terceira categoria, a denominada “Transições no processo de saúde doença do ser cuidado: os acompanhantes vivenciando a experiência de transição do paciente”. Destaca-se, como relevante, o fato de que a transição é uma experiência por meio da qual o paciente e seu cuidador experimentam uma mudança significativa relacionada com uma condição de saúde e/ou doença.

Ele está super bem, ele está sentindo bem. Ali, no posto do quarto, as pacientes se sentem melhor porque têm acompanhante; na UTI, eles se sentem sozinhos e têm medo. Eu esperava que ele fosse demorar mais para se recuperar, mas está sendo muito rápido, acho que ele mudou bastante para melhor, com certeza. Então, quando ela foi

para UTI, ela estava em coma, entubada; aí, depois, conseguiram tirar ela do respirador, conseguiram manter a pressão dela equilibrada porque, até então, estava mantendo só com medicação; acho teve que uma melhora bem significativa, mesmo ela estando debilitada. Foi muito bom ele ter vindo para enfermaria, principalmente para nós, porque, aí, você já vê que o cuidado não é mais intenso. (A17, A19, A4, A13 e A5)

Ressalta-se a importância de profissionais, pacientes e familiares tornarem-se parceiros no cuidado desde o momento de internação, até os dias subsequentes ao regresso ao domicílio.²⁰ Contempla-se, também, nessa categoria, a preparação dos cuidados para a alta, que se mostra indispensável mais uma vez, englobando a educação em saúde para o paciente/família e a visão de apoio na continuidade dos cuidados no domicílio, que são essenciais, bem como o atendimento prestado nos serviços de saúde.²⁰

Infere-se que a prática de planejar a transição permite, aos enfermeiros, avaliar as necessidades atuais e futuras dos pacientes, garantindo, aos pacientes, a continuidade do cuidado e uma experiência positiva no processo de transição, fortalecendo, assim, a implementação do planejamento de alta em instituições.²¹⁻²

Trata-se o planejamento de alta como prioridade de longa data em países desenvolvidos e, para isto, são necessários procedimentos e políticas formulados segundo uma abordagem multidisciplinar que favoreça a execução do processo.²³

Evidenciam-se algumas barreiras que devem ser adequadas para a efetividade dos cuidados de transição, dentre elas: a carga de trabalho da equipe assistencial e a ansiedade do paciente e da família sobre a alta.²⁴ Aponta-se, em estudo, a diferença cultural entre a UTI e as enfermarias gerais como barreira neste cuidado de transição, além da separação física desta com os demais setores do hospital, levando a desconhecimentos e mal-entendidos no processo de comunicação.²⁵

Infere-se como facilitadores para estes momentos de transição: a boa comunicação profissional-paciente e entre os profissionais; a educação precoce para a alta dos pacientes; o uso de ferramentas que facilitem este processo tal como a utilização de diretrizes e políticas; a educação e o treinamento dos profissionais envolvidos nos cuidados de transição e no processo de transição.²³

Reforça-se a importância do papel do enfermeiro como gerente do cuidado, profissional que deve estabelecer vínculo com o paciente, captando suas necessidades e

tornando-se parceiro na formulação e na implementação dos cuidados.²⁶ Acrescenta-se que, frente a isso, este gerenciamento na UTI, por parte do enfermeiro, pode ser bem versado em como melhorar o processo de alta para as enfermarias, refletindo em aspectos tais como a diminuição do sofrimento emocional dos pacientes na UTI e de seus familiares.²⁷

CONCLUSÃO

Identificaram-se algumas contribuições para a prática assistencial, dentre elas, a necessidade da inserção efetiva dos acompanhantes, valorizando-os no contexto do cuidado. Devem-se considerar estes como tutores, facilitadores e parceiros dos profissionais para a continuidade do cuidado, a necessidade de planejamento e educação para a alta logo no início da hospitalização e a necessidade de instrumentos que facilitem a comunicação e os processos de orientação entre as equipes e pacientes/familiares.

Conclui-se que a pesquisa alcançou o objetivo proposto de compreender a transição dos pacientes que receberam alta das Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) na perspectiva dos acompanhantes. Possibilitou-se a identificação de fragilidades fundamentadas, principalmente, na falta ou na dificuldade de comunicação entre os familiares e entre os profissionais de saúde, o que gerou descontinuidades do cuidado e na transferência entre as unidades sem um planejamento adequado e formalizado na instituição, situação que pode acarretar intercorrências na reabilitação e no tratamento dos pacientes, sendo estas minimizadas pela atuação efetiva do enfermeiro.

FINANCIAMENTO

Pesquisa financiada pelo edital universal Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. Processo CNPQ n° 406058/2016-4.

REFERÊNCIAS

- Chick N, Meleis AI. Transitions: A nursing concern. In: Chinn PL. Nursing research methodology. Boulder: Aspen Publication; 1986. p. 237-57.
- Meleis AI, editor. Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010 [Internet]. [cited 2018 July 01]. Available from: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situ
- Coleman EA, Boulton CE. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. J Am Geriatr Soc. 2003 Apr;51(4):441-587. Doi: <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>
- Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2014 Aug;14:346. Doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-346>.
- Hesselink G, Flink M, Olsson M, Barach P, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, et al. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. BMJ Qual Saf. 2012 Aug;21(Suppl 1):39-49. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001165>
- Martins PF, Perroca MG. Care necessities: the view of the patient and nursing team. Rev Bras Enferm. 2017 Sept/Oct;70(5):1026-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0197>
- Neves L, Gondim AA, Soares SCMR, Coelho DP, Pinheiro JAM. The impact of the hospitalization process on the caregiver of a chronic critical patient hospitalized in a Semi-Intensive Care Unit. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2018 Mar;22(2):e20170304. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0304>
- Carlson EB, Spain DA, Muhtadie L, McDade-Montez L, Macia KS. Care and Caring in the ICU: Family Members' Distress and Perceptions about Staff Skills, Communication, and Emotional Support. J Critical Care. 2015 June; 30(3):557-61. Doi: [10.1016/j.jcrc.2015.01.012](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.01.012)
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2018 June 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf.
- Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. Rev Bras Enferm. 2018 Jan/Feb;71(1):228-33. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>

11. Rhiry-Cherques RH. Saturation in qualitative research: empirical sizing estimation. Af-Revista PMKT [Internet]. 2009 Sept [cited 2018 Sept 15];4(08):20-7. Available from:

http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf

12. Reid R, Haggerty J, Mckendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare [Internet]. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002 [cited 2018 Sept 15]. Available from:

<https://www.cfhi-fcass.ca/SearchResultsNews/02-03-01/58a53ce8-39f2-466a-8e98-8ffc36cf456c.aspx>

13. Malley A, Kenner C. Transitions in care a critical review of measurement. Journal of perioperative & critical intensive care nursing. J Perioper Crit Intensiv Care Nurs. 2016 Dec; 2(4): 132. Doi: [10.4172/2471-9870.1000132](https://doi.org/10.4172/2471-9870.1000132)

14. Treviso P, Peres SC, Silva AD, Santos AA. Competências do enfermeiro da gestão do cuidado. Rev Adm Saúde. 2017 Oct; 7(69): 14. Doi: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.59>

15. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS, Ramos AM, Santos JM. Actions of nurses in the exercise of patient advocacy: an integrative review. Texto contexto-enferm. 2018 May;27(2):e0730014. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180000730014>

16. Araújo ESS, Silva LFD, Moreira TMM, Almeida PC, Freitas MC, Guedes MVC. Nursing care to patients with diabetes based on King's Theory. Rev Bras Enferm. 2018 May/June; 71(3):1092-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0268>

17. Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the future of palliative care. Asia Pac J Oncol Nurs. 2018 Jan/Mar;5(1):4-8. Doi: [10.4103/apjon.apjon_43_17](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_43_17)

18. Matt B, Schwarzkopf D, Reinhart K, König C, Hartog CS. Relatives' perception of stressors and psychological outcomes - Results from a survey study. J Crit Care. 2017 June;39:172-7. Doi: [10.1016/j.jcrc.2017.02.036](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.02.036)

19. Ludin SM, Parker S, Arbon P. A survey of Malaysian Critical Intensive Care Unit nurses' awareness of patients' transition experiences (PE) and transitional care practice (TCP). Intensive Crit Care Nurs. 2014 Aug;30(4):196-203. Doi: [10.1016/j.iccn.2013.12.006](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.006)

20. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Care transition from hospital to

home: integrative review. Cogitare enferm. 2017 June;22(3):e47615. Doi:

<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>

21. Laugaland K, Aase K, Barach P. Interventions to improve patient safety in transitional care - a review of the evidence. Work. 2012;41(Suppl 1):2915-24. Doi: [10.3233/WOR-2012-0544-2915](https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0544-2915).

22. Weiss ME, Bobay KL, Bahr SJ, Costa L, Hughes RG, Holland DE. A model for hospital discharge preparation from case management to care transition. J Nurs Adm. 2015 Dec; 45(12):606-14. Doi: [10.1097/NNA.0000000000000273](https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000273)

23. Wong EL, Yam CH, Cheung AW, Leung MC, Chan FW, Wong FY, et al. Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. BMC Health Serv Res. 2011 Sept; 11(1):1-10. Doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-242>

24. Stelfox HT, Lane D, Boyd JM, Taylor S, Perrier L, Straus S, et al. A scoping review of patient discharge from intensive care opportunities and tools to improve care. Chest. 2015 Feb; 147(2):317-27. Doi: [10.1378/chest.13-2965](https://doi.org/10.1378/chest.13-2965).

25. Van Sluisveld N, Oerlemans A, Westert G, van der Hoeven JG, Wollersheim H, Zegers M. Barriers and facilitators to improve safety and efficiency of the ICU discharge process: a mixed methods study. BMC Health Serv Res. 2017 Apr;17:251. Doi: [10.1186/s12913-017-2139-x](https://doi.org/10.1186/s12913-017-2139-x).

26. Chibante CL, Santos TD, Valente GC, Santo FHE, Santos L. Nursing care management to elderly patients: the search for evidence. J Nurs UFPE on line. 2016 Feb; 10(Suppl 2):848-58. Doi: [10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201620](https://doi.org/10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201620).

27. Van Mol M, Nijkamp M, Markham C, Ista E. Using an intervention mapping approach to develop a discharge protocol for intensive care patients. BMC Health Serv Res. 2017 Dec;17(1):837. Doi: [10.1186/s12913-017-2782-2](https://doi.org/10.1186/s12913-017-2782-2).

Submissão: 04/08/2018

Aceito: 19/11/2018

Publicado: 01/12/2018

Correspondência

Suelyly dos Passos Antonio

Edifício Acáci, Ap. 131

Praça Zacarias, 46

Bairro Centro

CEP: 80020-080 – Curitiba (PR), Brasil