

O CUIDADO HUMANO TRANSICIONAL COMO FOCO DA ENFERMAGEM: CONTRIBUTOS DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E LINGUAGEM CLASSIFICADA CIPE®

HUMAN TRANSITIONAL CARE AS A NURSING FOCUS: CONTRIBUTION OF EXPERTISE AND CLASSIFIED LANGUAGE ICNP®

EDUARDO JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS ¹

LÍGIA MARIA MARTINS MONTEIRO DOS SANTOS MARCELINO ²

LUÍS CARLOS BOTO ABRANTES ³

CÉLIA FILIPA FIGUEIREDO MARQUES ⁴

RICARDO MIGUEL LOURENÇO CORREIA ⁵

EMÍLIA DE CARVALHO COUTINHO ⁶

IRENE CONCEIÇÃO SILVA CEREJEIRA AZEVEDO ⁷

¹ Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeiro no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Urgência, Pólo HUC – Portugal. (e-mail: ejf.santos87@gmail.com)

² Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu; Enfermeira no Hospital Sousa Martins da Unidade Local de Saúde – ULS – da Guarda, Serviço de Esterilização Centralizada – Portugal. (e-mail: ligiamarcelino83@gmail.com)

³ Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu; Enfermeiro na Unidade de Cuidados Continuados da Guarda, Serviço de Convalescença, Média duração/ Reabilitação e Longa duração/ Manutenção – Portugal. (e-mail: luisboto1@gmail.com)

⁴ Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu; Enfermeira no Hospital Sousa Martins da Unidade Local de Saúde – ULS – da Guarda, Serviço de Medicina A – Portugal. (e-mail: celia.marques.2005@gmail.com)

⁵ Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu; Enfermeiro no Hospital Sousa Martins da Unidade Local de Saúde – ULS – da Guarda, Unidade de AVC – Portugal. (e-mail: rikardo_correia@hotmail.com)

⁶ Professora Doutora em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto; Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde e investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal. (e-mail: ecoutinhoessv@gmail.com)

⁷ Mestre em Estudos sobre as Mulheres na Universidade Aberta, Lisboa; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria; Enfermeira chefe do Serviço de Obstetria e Ginecologia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde – CHPVVC – Portugal. (e-mail: irene@chpvc.min-saude.pt)

Resumo

A transição é assumida como uma passagem de um estado, condição ou lugar para outro. Na área da saúde, um exemplo tradicional são as transições de *saúde-doença* que resultam da mudança de uma situação de saúde ou bem-estar para uma situação de doença aguda ou crónica, ou, pelo contrário, a passagem de uma situação de doença para uma de bem-estar, que pode, contudo, incorporar a cronicidade.

Ao longo deste artigo abordamos alguns eventos transicionais do ser humano, ao longo do ciclo vital, com base nos contributos da teoria enunciada por Afaf Meleis, tendo como principal preocupação a distinção entre os vários tipos de transição e dimensões, reafirmando o cuidado transicional como essência da resposta à valorização do ser humano, enquanto fenómeno privilegiado da enfermagem, e para a valorização da natureza da relação enfermeiro-cliente.

O artigo tem como objetivo principal analisar a teoria da transição, à luz da transversalidade dos seus conceitos para a prática de enfermagem, regulamentação da profissão e linguagem classificada CIPE®, aplicada a um caso clínico.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, transições, teoria de enfermagem, processos de enfermagem.

Abstract

The transition is assumed to be a passage from one state, condition or place to another. In health, a traditional example is the health-illness transitions that results from changes in a state of well-being for an acute or chronic or, otherwise, from a state of chronic disease to a new well-being which, however, comprises chronicity.

Throughout this article we present the transitional events of human beings through the analysis of the theory enunciated by Afaf Meleis with the focus on the distinction between the various types of transition and dimensions, reaffirming the essence of transitional care as a response to valuing human life, privileged phenomenon of Nursing, and the valorization of the nurse-client relationship.

The article aims to analyze the transition theory and reflect on the transversability of their concepts to the nursing

practice, professional regulation, classified language ICNP® and his application to a clinical case.

Keywords: nursing care, transitions, nursing theory, nursing process.

Introdução

Do nascimento à morte, a vida é marcada por uma sucessão de passagens únicas e de profundo carácter pessoal (Collière, 2003). A vida, e a forma como, cada um, lida com os momentos de passagem inerentes à sua existência, não podem ser entendidas somente numa perspectiva individual, porquanto, além da influência exercida pela própria família, na qual se insere, a capacidade de adaptação é ainda influenciada pelos recursos pessoais e externos, experiências anteriores e significado atribuído aos acontecimentos (Meleis & Trangenstein, 2010).

Ao longo do ciclo vital experienciam-se múltiplas transições, em alguns casos meramente circunstanciais, noutros procuram-se deliberadamente através de eventos tais como o casamento, a gravidez, a mudança de profissão, a cirurgia ou outras (Chick & Meleis, 1986). Neste sentido, o conceito de transição reveste-se de uma importância nuclear para a área das ciências sociais e disciplinas da saúde.

Nas últimas três décadas, a palavra transição tem sofrido alterações significativas, sendo caracterizada por uma grande mutabilidade. A profissão de enfermagem tem contribuído para o entendimento deste conceito numa perspectiva da vida e da saúde das pessoas (Kralik, Visentin & Van Loon, 2006). Neste campo, a revisão teórica de Schumacher e Meleis (1994) de artigos publicados de teoria, prática e investigação em enfermagem, com o objetivo de selecionar artigos em que a palavra “transição” aparecesse no título, evidenciou 310 artigos, o que permitiu às autoras inferirem que desde sempre a enfermagem utilizou o tema “transição” como foco da sua atenção.

Tendo por base uma orientação da disciplina, a teoria da transição enquadra-se na corrente de pensamento designada por *paradigma da transformação* que, segundo Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, Major (1994) se caracteriza pela abertura das ciências de Enfermagem para o mundo.

No presente artigo são expostos alguns conceitos inerentes à teoria da transição criada por Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010), abordando especificamente os elementos essenciais do processo de transição, entre eles, a natureza da transição, as condições da transição e os padrões de resposta. Tendo por base a

importância do fenómeno de transição, foi, ainda, explorada a sua utilidade para a disciplina de enfermagem e apreciado o papel do enfermeiro enquanto agente facilitador do processo de transição.

Os objetivos deste artigo passam, não só por compreender a importância do conceito de transição, mas, sobretudo, por analisar a transversalidade dos conceitos da teoria das transições na práxis de enfermagem. Ao longo do artigo é explicada a transição como conceito central, o enfermeiro enquanto agente facilitador do processo de transição, a sua transversalidade e, por fim, a aplicação da teoria das transições a um caso clínico.

1 – A transição como conceito central

A palavra transição deriva do latim *transitióne* e significa o ato ou efeito de passar de um lugar, de um estado ou de um assunto para outro; trajeto (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

Comumente a literatura utiliza a palavra “transição” para descrever um processo de mudança nos estádios de desenvolvimento de vida, ou alterações de saúde, ou, em circunstâncias sociais, em vez da resposta das pessoas à mudança. Ao longo da vida, e de acordo com Meleis (2013), a pessoa experimenta fases de mudança que são marcadas por alterações de um estado para outro, caracterizando-se esses períodos por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade. A transição é, por isso, um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade o que, impreterivelmente, nos remete para os processos psicológicos envolvidos na adaptação da mudança ou rutura (Murphy, 1990).

Numa análise baseada na disciplina de Enfermagem, poderemos dizer que Afaf Ibrahim Meleis (Schumacher & Meleis, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010; Meleis, 2013) é a autora que mais se destaca, com trabalhos desenvolvidos sobre a definição do conceito de transição, a sua aplicação e pertinência no domínio da enfermagem. Neste sentido, deve ser salientada a premissa de Meleis & Trangenstein (2010, p. 66), de que “a transição é um conceito central para a Enfermagem”, porque o seu objeto é o cliente que se encontra a experienciar um processo de transição, a antecipá-lo ou mesmo a completá-lo e por isso a transição constitui-se como um fenómeno de interesse para os enfermeiros, quando as respostas a este processo são manifestadas através dos comportamentos relacionados com a saúde (Chick & Meleis, 1986; Meleis, 2013). A enfermagem, ao atuar nestas circunstâncias, desenvolve o cuidado transicional em que os processos de transição geram alterações de saúde-doença e estes levam a transições (Zagonel, 1999).

Chick & Meleis (1986, p. 239) definem a transição como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” referindo-se quer ao processo como ao próprio objetivo da interação cliente-ambiente. Denotam, ainda, que a transição está intrinsecamente ligada com o tempo e o movimento e implica uma mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades, pelo que o cliente, ou clientes, consoante o contexto e a situação, têm de incorporar novos conhecimentos (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 2010).

Neste contexto, com base nestas conceções e através da exploração da estrutura da transição, Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010) desenvolveram uma teoria de médio alcance (Meleis, 2012) constituindo a transição o “foco” do seu quadro conceptual. Na figura 1 podemos observar o esquema representativo da teoria enunciada.

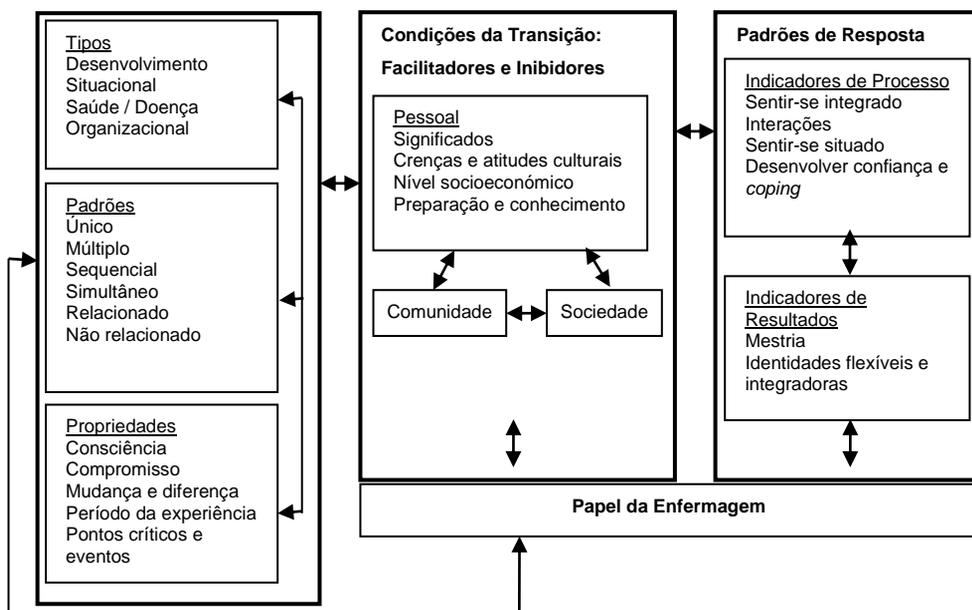


Figura 1 – Teoria de médio alcance da transição.

Fonte: Adaptado de Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010, p. 56); Im (2010, p. 419).

De acordo com a teoria de médio alcance de Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010) e Im (2010) infere-se que as transições são complexas e multidisciplinares, caracterizadas pelo fluxo e o movimento ao longo do tempo, responsáveis por alterações de identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e

padrões de comportamento, e envolvem um processo de movimento e mudança fundamental nos estilos de vida e que se manifesta em todos os indivíduos.

Podemos então, e reportando-nos à teoria de Meleis (Schumacher & Meleis, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010; Meleis, 2013), reconhecer a existência de três constructos basilares, a referir a natureza da transição, as condições de transição e os padrões de resposta; e identificar quatro tipos de transições particulares, mais especificamente, as de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais.

De forma sucinta, podemos referir que as *transições de desenvolvimento* são as que ocorrem ao longo do ciclo vital dos clientes/ indivíduos (ex.: como a adolescência, quando se forma a identidade sexual ou na “crise de meia-idade”); as *situacionais* estão relacionadas com a mudança de papéis nos vários contextos onde o cliente/ indivíduo está envolvido, incluindo a adição ou perda de um membro da família, através do nascimento ou da morte; as *terceiras*, respeitantes às *transições de saúde-doença*, incluem as mudanças súbitas de papel que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou, de outro modo, de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar que, no entanto, engloba a cronicidade; e por último, as *organizacionais* ocorrem no contexto ambiental dos clientes e são precipitadas pelas mudanças que ocorrem ao nível do contexto social, político e económico (ex.: as mudanças de líder, implementação de novas políticas ou práticas, mudanças na comunidade, saída do emprego) (Schumacher & Meleis, 2010; Im, 2010; Meleis, 2013).

Por outro lado, e referindo-se às experiências de transição em geral, Chick & Meleis (1986) consideram que, apesar de se identificar um conjunto de diferentes tipos de transições, é visível a existência de alguns aspetos comuns dentro da complexidade e multidimensionalidade destas experiências, os quais se denominam por propriedades das transições.

Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010, p. 57) definiram as seguintes propriedades para as experiências de transição: conhecimento/ consciência, ajustamento/ compromisso, mudança e diferença, eventos e acontecimentos críticos e período de experiência.

Relativamente à primeira propriedade – o *conhecimento* – encontra-se relacionada com a consciencialização do cliente/ indivíduo sobre a experiência que se encontra a vivenciar. Neste âmbito é, então, esperado que o cliente/ indivíduo apresente ou desenvolva conhecimento sobre as alterações que ocorrem e que está a viver. Quando estas mesmas mudanças não são evidentes e observáveis, é posto em causa o

início do próprio processo de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010; Im, 2010).

No que concerne ao *ajustamento*, Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010) referem que se reporta ao grau de envolvimento dos clientes/ indivíduos nos processos inerentes à transição, sendo este grau influenciado pelo conhecimento que se detém sobre o seu processo de transição. Podemos, deste modo, inferir que as duas primeiras fases, já descritas, estão intimamente relacionadas, porque o ajustamento não existe se o conhecimento não estiver presente.

A terceira propriedade – *mudança e diferença* – salienta a distinção entre os conceitos de transição e mudança, já que uma transição envolve sempre uma mudança, enquanto o inverso não se verifica. Devemos, porém, compreender que a propriedade de mudança está inerente à transição... é fulcral entender os significados que o cliente/ indivíduo lhe atribui e que podem ser obtidos através da explicitação de algumas das suas dimensões, tais como a natureza, a temporalidade, a perceção da importância ou severidade, as expectativas pessoais, familiares e sociais (*Idem*).

A quarta propriedade deve-se ao facto de as mudanças experienciadas serem desencadeadas por *eventos e acontecimentos críticos*, porque a maioria das transições se encontram relacionadas com acontecimentos marcantes na vida das pessoas, estando estes, na maioria das vezes, associados a uma consciencialização das mudanças e diferenças ou, por outro lado, a um maior nível de ajustamento para lidar com a experiência de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

Por último, Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010) apontam como última propriedade o *período de experiência*, que é caracterizado por movimentações e fluxos ao longo do tempo que devem ser acompanhados pelos enfermeiros, no sentido de se obterem ganhos para a saúde.

Para aprofundarmos a nossa compreensão acerca de todo o processo das transições é, ainda, indispensável identificar quais os fatores que irão influenciar o decurso de uma dada experiência. Estes foram definidos de condições facilitadoras e inibidoras e dividem-se principalmente em três tipos: pessoais, comunitárias e sociais.

Nas *condições pessoais* podem ser identificados os *significados*, que dizem respeito aos acontecimentos que desencadeiam uma transição, ou, por outro lado, ao sentido atribuído ao próprio processo de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010). No âmbito desta condição, consideramos importante destacar que estes acontecimentos tanto podem ser um fruto das escolhas do próprio cliente/ indivíduo, como surgir inesperadamente e em função do grau de intencionalidade da escolha, e que os significados das transições poderão ser considerados como positivos, negativos ou neutros (Schumacher & Meleis, 2010).

Outra das condições pessoais da transição, apresentadas por Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010), são as *crenças e atitudes culturais*, que se revelam como uma componente que exerce a sua influência sobre a experiência de transição, e entre as quais se destacam, por exemplo, o estigma perante a expressão de sintomas psicológicos não compreendidos pelo contexto cultural da pessoa. Ainda se salientam como fatores inibidores a existência de um baixo *nível socioeconómico*, pois potencia a manifestação, e a experiência de sintomas psicológicos.

Além destas, as expectativas enunciadas, referidas por Schumacher & Meleis (2010) como um fator influenciador do processo de transição, são entendidas como parte integrante da condicionante *preparação e conhecimento* e relacionam-se com o conhecimento do que é esperado, funcionando como um fator facilitador, dado que podem aliviar o *stress* associado à transição.

Por outro lado, as *condições comunitárias* assumem os recursos que uma comunidade garante para facilitar (suporte de amigos, pares e familiares, as informações relevantes obtidas junto de profissionais de saúde, os conselhos de fontes fidedignas, os modelos de papéis e as respostas a dúvidas) ou inibir (insuficiência de recursos, a falta de planeamento e a inadequação das sessões de educação para a saúde, suporte inadequado, os conselhos não solicitados ou negativos, a informação insuficiente ou contraditória, os estereótipos e o confronto com o negativismo por parte dos outros) o decorrer das transições (Schumacher & Meleis, 2010; Im, 2010).

Por fim, entre as *condições sociais* podemos encontrar a *marginalização*, os *estigmas* e os *papéis socialmente definidos*, que se constituem como os principais condicionantes inibidores no contexto social (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010). O conhecimento do ambiente social no qual o cliente está inserido é por isso absolutamente importante para os enfermeiros, pois permite-lhes desenvolver intervenções terapêuticas adequadas ao grupo e comunidade (Schumacher & Meleis, 2010).

Todavia, para compreender todo o processo de transição e valorar a experiência vivida pelo cliente/ indivíduo, é, ainda, necessário atender à existência de alguns padrões de resposta, que se subdividem em dois tipos de indicadores – processuais e de resultado – e que auxiliam a avaliação dos enfermeiros (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010; Im, 2010).

Os *indicadores de processo* particularizam a necessidade do cliente/ indivíduo *sentir-se e manter-se integrado* num determinado contexto, sendo a necessidade de informação, nomeadamente sobre os recursos disponíveis, fundamental para se prosseguir numa transição saudável. Neste sentido, as relações que os clientes/ indivíduos estabelecem com o meio (família, amigos, profissionais de saúde...)

revelam-se como fontes de informação privilegiadas (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010; Im, 2010).

No que respeita ao padrão de resposta *interação*, os mesmos autores (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010) salientam a íntima relação estabelecida entre o cliente em transição e o seu cuidador, da qual advêm as dimensões do autocuidado e do ser cuidado. Assim, se por um lado, Collière (2003, p. 27) afirma que, ao longo da vida, o *cuidar* e o *cuidar-se* se sucedem como um facto inerente à existência humana, Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010) alertam para o facto desta mobilidade de papéis comportar diferentes significados para as pessoas envolvidas e, neste sentido, estas deverão constituir-se como um dos focos para a prática da enfermagem.

No decorrer da experiência de transição, o cliente/ indivíduo deve *sentir-se situado*, ou seja, ser parte integrante do contexto em que se encontra inserido. Este padrão é indispensável, porque a transição envolve a criação de novos significados e perceções e a reformulação das significações em relação ao ambiente que o envolve. É este estado dinâmico que nos remete para a noção de adaptação ao meio envolvente, e, subsequentemente, para o *desenvolvimento da confiança e coping*, que ocorre quando se experiencia a transição, demonstrando um conhecimento mais aprofundado, e também, uma maior compreensão acerca dos aspetos essenciais e críticos (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

Por fim, e de um ponto de vista mensurativo e processual importa aprofundar o nosso entendimento sobre os indicadores que nos permitem apurar se a transição se constituiu como um evento saudável na vida do cliente/ indivíduo. Assim, Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010, p. 62-3) salientam dois tipos de *indicadores de resultados*: a *mestria* e as *identidades flexíveis e integradoras*.

O primeiro indicador reporta-se ao desenvolvimento de competências e condutas ao longo de todo o processo de transição para gerir a nova situação. Neste *continuum* processual, à medida que os clientes/ indivíduos se aproximam de um período de estabilidade, inerente ao término do processo de transição, os seus níveis de *mestria* irão indicar-nos os ganhos em saúde atingidos no decurso de toda a experiência. Por outro lado, o indicador relativo às *identidades flexíveis e integradoras* postula que uma transição saudável deve envolver uma reformulação da identidade do cliente/ indivíduo, da qual resulta a incorporação de novos conhecimentos com o objetivo de alterar os seus próprios comportamentos (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010; Wilson, 1997, cit. por Davies, 2005).

Nesta lógica de pensamento, a perceção dos indicadores de resposta permite aos enfermeiros uma melhor compreensão não só acerca do processo de transição

experienciado pelos seus clientes, mas também das consequências que este processo exerce sobre o seu domínio biopsicosociocultural (Zagonel, 1999). Por isso, podemos afirmar que a compreensão da transição permite aos enfermeiros “trabalhar” para um cuidado “mais” holístico (Schumacher & Meleis, 2010; Kralik, Visentin & Van Loon, 2006).

2 – O enfermeiro enquanto agente facilitador do processo de transição

Os enfermeiros são os principais agentes facilitadores dos clientes e famílias que experienciam transições, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano das mesmas (Meleis & Trangenstein, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

Neste entendimento, é fácil compreender porque se conceptualiza que o processo de transição se constitui um marcante foco dos cuidados de enfermagem. Contudo, o conhecimento do modelo proposto por Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010) deve ser considerado apenas como uma referência para a compreensão de todo o processo de transição, uma vez que a plenitude deste entendimento só é possível através do ponto de vista dos clientes. As estratégias de enfermagem devem ser sensíveis à compreensão da transição a partir da perspectiva de quem a experiencia, inferindo sobre as necessidades do cliente através dessa mesma abordagem (Zagonel, 1999). É por isso inevitável a adoção de uma verdadeira relação de ajuda, dispormo-nos a *ouvir o outro, a aceitar e a compreender as suas experiências e os significados que confere ao seu percurso...* e é essencial permitir a expressão e a emersão dos conhecimentos do cliente cuidado, pois eles são a fonte privilegiada de informação (Collière, 2003). Por isso, compete ao enfermeiro preparar e informar os clientes, através de um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

Também Benner (2005) aponta a função de educação e orientação como um dos domínios dos cuidados de enfermagem, referindo que esta intervenção permite que o cliente atinja um melhor nível de preparação para as situações de doença. Por outro lado, os enfermeiros, ao aperfeiçoarem o seu conhecimento acerca do cliente, tornam-se peritos como guias ao longo do seu percurso de doença.

É, ainda, de relevar que outros teóricos de enfermagem como Peplau, Travelbee, Roy, Rogers, Newman e Orem cit. por Zagonel (1999) fornecem estratégias de cuidado, objetivando a manutenção da saúde ou da promoção da saúde, que têm por base o crescimento e desenvolvimento pessoal, o encontro de significado à experiência da doença, a adaptação, a organização unitária emergente do cliente, a sua

movimentação em contínua e permanente mudança, e, por fim, as modificações na capacidade de autocuidado (Zagonel, 1999).

Constatamos ainda, que a intervenção do enfermeiro na transição é mais evidente nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis e de prevenção dos efeitos negativos (*Idem*).

Os enfermeiros quando prestam ajuda de forma a auxiliar o desenvolvimento de competências dos clientes para enfrentar a transição – mestria – também atingem um nível de funcionamento e de conhecimento sobre a forma como podem mobilizar a sua energia e os recursos do meio envolvente (Schumacher & Meleis, 2010). Estas etapas são caracterizadas pela criação de laços de confiança e pelo caminhar com o outro e todo este processo deverá ter como foco a adesão e participação do cliente cuidado (Hesbeen, 2004). Esta função de ajuda foi similarmente abordada por Benner (2005) que salienta que, muitas vezes, a ajuda prestada pelos enfermeiros passa somente por ficar com o cliente, estando presente junto deste, provavelmente sem que tenham de intervir, revestindo-se o toque e a promoção da expressão dos sentimentos de uma importância prima.

A enfermagem enquanto ciência e disciplina deve ser sensível aos múltiplos focos de interesse e intervenção dentro do processo de transição. Este acompanhamento basear-se-á na facilitação das transições dos clientes, famílias e comunidades, devendo centrar a sua atenção no processo e nas experiências em transição, onde a saúde e o bem-estar são percebidos como resultados (Meleis & Trangenstein, 2010; Zagonel, 1999). Assim, aos enfermeiros cabe a tarefa de facilitar esta “jornada individual”, dotando o cliente de mecanismos que permitam ultrapassá-la (Meleis & Trangenstein, 2010) e capacitando-o para a tomada de decisão para o autocuidado, com reflexos de autoconfiança e autorrealização (Swanson, 1991).

3 – Transversibilidade dos conceitos da teoria da transição na práxis de enfermagem

Como já foi anteriormente referido, a transição reveste-se de uma importância central para a enfermagem enquanto ciência, disciplina e arte, pelo que o enfermeiro deve assumir um papel de “facilitador das transições.” Para além disso, vários são os conceitos que acompanham a teoria das transições e que são também a base do enquadramento conceptual e do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE).

Segundo o REPE (Ordem dos Enfermeiros, 1996, p. 3) (Artigo 4º, ponto 4), o enfermeiro especialista é “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a

quem foi atribuído título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Para além desta legislação, o enfermeiro especialista deve ainda, reger-se pelo Regulamento das Competência Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p. 2) que esclarece que este tem “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Neste sentido, e tendo por base a introdução do conceito de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010), podemos constatar facilmente que também este é transversal nos documentos normativos que regulam a profissão de enfermagem em Portugal, sendo sensíveis aos conceitos basilares da essência da enfermagem (pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem), o que potencializa a prestação de cuidados do enfermeiro especialista. São disso exemplos as expressões presentes nos diferentes regulamentos:

- “respostas humanas aos processos de vida” (Preâmbulo do Regulamento 122/2011) (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p. 2);
- “...prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo de vital...” (Definição de enfermagem artigo 4º do REPE) (Ordem dos Enfermeiros, 1996, p. 3);
- “o acto de assistência prestado pelos enfermeiros (...) que visa definir, em parceria, um plano de cuidados individualizado, que promova a vivência saudável..., facilite a transição...” (Glossário, ponto 5 do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica) (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p. 14);
- o enfermeiro “reconhece os factores de stresse familiares que implicam transições situacionais e de saúde/doença” (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar) (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3).

Podemos ainda afirmar que a transversalidade dos conceitos da teoria da transição se encontra evidente no Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) (Ordem dos Enfermeiros, 2007a) e também está implícito na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), revelando por isso o seu interesse para a práxis de enfermagem (Quadro 1).

Quadro 1 – Comparação dos aspetos comuns e dos conceitos dominantes da Teoria da Transição com os do Sistema de Informação em enfermagem e da linguagem classificada CIPE® Versão Beta 2.

| Teoria da Transição | Linguagem classificada CIPE® |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - A transição é “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou local para o outro” relevando a funcionalidade cliente-ambiente um papel essencial (Chick & Meleis, 1986, p. 239); - Contempla várias dimensões que condicionam a transição (facilitadoras e inibidoras): pessoal, comunidade e sociedade (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010, p. 59). | <ul style="list-style-type: none"> - A estrutura do fenómeno de enfermagem é sensível à interação do ser humano (enquanto indivíduo e grupo: família e comunidade) com o ambiente (natureza e artificial) (ICN, 2005, p. 4). |
| <ul style="list-style-type: none"> - A transição é o conceito central para a enfermagem (Meleis & Trangenstein, 2010, p. 66); - Na prática de enfermagem assumem particular importância as transições de saúde-doença (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010, p. 52); - O enfermeiro é um agente “facilitador dos processos de transição” (Meleis & Trangenstein, 2010, p. 67-8). | <ul style="list-style-type: none"> - Um fenómeno de enfermagem é um aspeto da saúde com relevância para a prática de enfermagem (ICN, 2005, p. xv). |
| <ul style="list-style-type: none"> - As propriedades da transição (Conhecimento, Ajustamento, Mudança e diferença, Eventos e acontecimentos críticos e período de experiência) caracterizam a unicidade do cliente e particularizam a natureza da transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010, p. 57-9). | <ul style="list-style-type: none"> - Existem inúmeros focos que nos permitem particularizar a experiência singular de cada cliente (por ex.: Autoconhecimento - Bem estar, Cognição, Aprendizagem, Memória, Emoção, Força de vontade, Tomada de decisão, Adaptação, Energia e Crença) (ICN, 2005, p. 4). |
| <ul style="list-style-type: none"> - Para atender aos padrões de resposta Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010, p. 61-3) enunciam dois tipos de indicadores (<i>processuais</i> e de <i>resultado</i>) que auxiliam a avaliação do enfermeiro e que permitem apurar se a transição se constituiu como evento saudável da vida do cliente. | <ul style="list-style-type: none"> - Resultados de enfermagem são “resultantes de intervenções de Enfermagem, medidos ao longo do tempo, sob a forma de mudanças efetuadas nos diagnósticos de enfermagem” (ICN, 2005, p. xvi). |
| <ul style="list-style-type: none"> - De acordo com as suas conceções e da exploração da estrutura da transição, Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010, p. 52) apontam que a enfermagem deve ter um “foco central... um entendimento comum” autoconhecimento | <ul style="list-style-type: none"> - Proporciona descrever os resultados relacionados com os diagnósticos de enfermagem (ICN, 2005, p. xiii-xiv); - Enfoque na “linguagem comum” (<i>Idem</i>); - “...terminologia para a prática de enfermagem que pretende ser uma matriz unificadora” (<i>Ibidem</i>). |
| <ul style="list-style-type: none"> - Na conclusão do processo de transição os níveis <i>mestria</i> do cliente irão indicar-nos os ganhos em saúde atingidos e as <i>identidades flexíveis e integradoras</i>, a reformulação da identidade e alteração de comportamentos do cliente (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010, p. 62). | <ul style="list-style-type: none"> - Os focos ligados à pessoa têm particular relevância para os fenómenos de enfermagem. Assim, podemos salientar as razões para a ação (Autoconhecimento e Autoconceito) e a Ação (Realizada pelo próprio e Interdependente) (ICN, 2005, p. 4). |

Como já se disse, atualmente a práxis de enfermagem, para além de ser sensível à transversalidade dos conceitos da teoria da transição, não se pode separar do entendimento que existe sobre a preponderância do SIE que deve contemplar a utilização obrigatória da CIPE® (Ordem dos Enfermeiros, 2007a; 2007b). Isto porque o cliente necessita de ser acompanhado ao longo do ciclo vital e das transições que experiencia. Neste *continuum* existem “...situações onde a documentação do

diagnóstico de Enfermagem é importante pelo que traduz a vivência do processo de transição...” (Ordem dos Enfermeiros, 2007a, p. 4) e integra vários elementos (diagnóstico, intervenções, resultados e intensidade dos cuidados de Enfermagem) que atestam a singularidade dos cuidados e relevam a importância e potencial atualmente atribuído ao Resumo Mínimo de Dados, designadamente na qualidade, continuidade de cuidados e produção automática de diversos indicadores (Ordem dos Enfermeiros, 2007a).

4 – Aplicação da teoria da transição a um caso clínico

O nosso caso reporta-se à situação clínica do Sr. X, de 63 anos de idade, que apresenta uma recidiva de uma úlcera venosa no membro inferior direito. É casado e tem dois filhos. Tem negócio próprio na área da restauração e realiza atendimento ao público, passando cerca de 14 horas por dia em pé, sem ter oportunidade de realizar repouso por períodos... Trata-se, portanto, de uma transição simples, do tipo saúde/doença, resultante da dependência imputada pela úlcera venosa.

Relativamente às propriedades da transição, o Sr. X já iniciou o processo de consciencialização porque já percebeu que não consegue exercer na plenitude a sua atividade laboral (“passar tanto tempo em pé”) e tem conhecimento que a cronicidade e as sucessivas recidivas podem contribuir para um tratamento prolongado e podem levar, em último recurso, a amputações. Existe por isso um reconhecimento da sua parte de que algo mudou na sua vida após a ocorrência do evento crítico (recidiva da úlcera venosa). Contudo, o seu envolvimento no processo de transição está condicionado por dois fatores inibidores: a percepção das alterações no quotidiano, isto é, o Sr. X “sente-se um peso” para a família, porque já “não consegue trabalhar como trabalhava”; e a falta de conhecimento sobre os equipamentos/ recursos para promover a cicatrização da ferida e para a prevenção de uma nova recidiva.

Porém, existe outra condição dificultadora do processo de transição que corresponde ao autoconhecimento sobre a prevenção da úlcera venosa, porque, apesar de existir por parte do Sr. X o reconhecimento de que é importante evitar recidivas e perceber que a ausência de repouso favorece a recidiva da úlcera venosa após a cicatrização, ele não cumpre o regime terapêutico recomendado. Este comportamento indicia a não aceitação do decurso do tratamento e corresponde à não adesão ao regime terapêutico.

No quadro 2 podemos consultar o diagnóstico, intervenções e resultados esperados estabelecidos para o foco *Adesão ao Regime Terapêutico*.

Quadro 2 – Diagnóstico, intervenções e resultados esperados para o foco *Adesão ao Regime Terapêutico* segundo a CIPE® Versão 2.0.

| | |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnóstico | Adesão ao Regime Terapêutico: Não demonstrada. |
| Intervenções | <ul style="list-style-type: none"> - Advogar vantagens da adesão ao regime terapêutico; - Assistir a pessoa a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico; - Encorajar a tomada de decisão; - Incentivar relação dinâmica com pessoas com adesão ao regime; - Reforçar confiança na aprendizagem de capacidades; - Reforçar crenças de saúde; - Reforçar crenças de saúde: capacidades de execução terapêutica. |
| Resultados | Adesão ao Regime Terapêutico demonstrada. |

Por outro lado, podemos também considerar que, face a uma situação indutora de *stress*, o cliente não utiliza estratégias que visam superar os sintomas geradores de instabilidade e, deste modo, não consegue adaptar-se às novas condições que lhe são impostas. Estas estratégias designam-se por *Coping*, que, segundo a CIPE versão 2.0 (Ordem dos Enfermeiros, 2011c, p. 46), consistem em “*gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico*”. No quadro 3, podemos consultar o diagnóstico, intervenções e resultados esperados para o foco *Coping*.

Quadro 3 – Diagnóstico, Intervenções e resultados esperados para o foco *Coping* segundo a CIPE® Versão 2.0.

| | |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnóstico | <i>Coping</i> comprometido. |
| Intervenções | <ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a expressão de sentimentos e emoções; - Esclarecer sobre falsas crenças; - Encorajar o cliente na aceitação de mudanças de imagem corporal; - Encorajar o cliente a participar em atividades sociais e comunitárias; - Oferecer escuta ativa; - Providenciar apoio emocional; - Promover aceitação do estado de saúde. |
| Resultados | <i>Coping</i> normal. |

Por fim, todo o processo da transição está dependente da causa precipitante do evento crítico, ou seja, do foco úlcera venosa. No quadro 4 podemos consultar o diagnóstico, intervenções e resultados esperados estabelecidos para o foco *Úlcera venosa*.

Quadro 4 – Diagnóstico, Intervenções e resultados esperados para o foco Úlcera venosa segundo a CIPE® Versão 2.0.

| | |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnóstico | Úlcera venosa atual na perna direita. |
| Intervenções | <ul style="list-style-type: none">- Avaliar IPTB (Índice de Pressão Tornozelo Braço);- Realizar tratamento à ferida com técnica compressiva;- Monitorizar a ferida;- Ensinar sobre cicatrização da ferida;- Incentivar ao repouso por períodos;- Incentivar ao uso de meia elástica;- Vigiar a úlcera venosa. |
| Resultados | Sem úlcera venosa atual. |

Após se encontrarem ultrapassadas as condições que dificultavam o processo de transição, o Sr. X encontra-se *empoderado* com autoconhecimento e dotado de mecanismos de *coping* eficaz, demonstrando maior envolvimento na aprendizagem de capacidades para o autocuidado, nomeadamente na aplicação e manutenção diária das meias elásticas, períodos de repouso e cuidados à pele. Por outro lado, aceita completamente as mudanças da imagem corporal e estado de saúde, reconhecendo a importância da manutenção das medidas preventivas para evitar as recidivas, e interage mais com a família. Neste sentido podemos inferir que estes dados constituem os indicadores de processo, ou seja, indicadores que nos permitem perceber que o cliente se encontra a experienciar uma transição saudável.

Os indicadores de resultado correspondem à realização pelo cliente das atividades ensinadas (por ex.: cuidados à pele e aplicação das meias elásticas), constituindo por isso os indicadores de mestria. Os indicadores de resultado relativos ao autoconhecimento correspondem aos novos hábitos na rotina diária do Sr. X (por ex.: realização diária dos cuidados à pele e aplicação das meias elásticas). Podemos portanto concluir que, ao longo deste processo, foram ocorrendo mudanças que conduziram à adaptação do Sr. X à sua nova condição de saúde.

Não obstante, existem domínios que carecem de mensuração, pelo que, para a situação referida, podemos utilizar os indicadores enunciados pela Ordem dos Enfermeiros (2007b, p. 3, 4 e 16), conforme presente no quadro 5.

Quadro 5 – Indicadores para mensurar o foco Úlcera venosa segundo os Indicadores enunciados pela Ordem dos Enfermeiros (2007b)

| Foco | Diagnóstico | Indicador | Fórmula |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Úlcera venosa | - Úlcera venosa atual (...). | Taxa de efetividade na prevenção de recidivas de úlceras venosas | $= \frac{\text{N.º de casos com risco de recidiva de úlcera venosa, que não a desenvolveram, e tiveram pelo menos uma intervenção documentada, num dado período}}{\text{N.º de casos com risco de recidiva de úlcera venosa, documentado no mesmo período}} \times 100$ |
| | - Adesão ao regime terapêutico (...); - Coping comprometido (...). | Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem | $= \frac{\text{N.º de casos que resolveram coping comprometido ou adesão ao regime terapêutico não demonstrada e tiveram, pelo menos, uma intervenção documentada, num dado período}}{\text{N.º de casos com este diagnóstico documentado, no mesmo período}} \times 100$ |
| | - Coping comprometido (...); - adesão ao regime terapêutico (...). | Taxas de ganhos possíveis / esperados de efetividade | $= \frac{\text{N.º de casos com coping comprometido ou autoconhecimento diminuído, que atingiu o resultado esperado, e teve pelo menos, uma intervenção documentada, num dado período}}{\text{N.º de casos com coping comprometido ou autoconhecimento diminuído, documentado no mesmo período}} \times 100$ |
| | - Úlcera venosa atual (...). | Taxas de prevalência de úlceras venosas | $= \frac{\text{N.º de casos com úlceras venosas, documentados durante um dado momento / período}}{\text{População existente nesse momento / período}} \times 100$ |
| | - Úlcera venosa atual (...). | Taxas de incidência de úlceras venosas | $= \frac{\text{N.º de novos casos com úlceras venosas, documentados durante um dado momento / período}}{\text{População existente nesse momento / período}} \times 100$ |

Em epílogo, é possível referir que a transição do Sr. X chegou ao seu termo porque se apropriou das competências e capacidades que necessitava para a prevenção das recidivas, revelando nível de mestria e integrando-as na sua identidade. Como tal, a integração desta nova circunstância no seu autoconceito e a forma de lidar com a nova condição indicam o final da transição.

Considerações finais

Ao longo deste artigo tivemos a oportunidade de explorar o conceito de transição, o qual se revelou como central na disciplina de enfermagem. Assim, se por um lado concebemos que os enfermeiros assumem um papel relevante na facilitação das transições indiferenciadas, este acresce de significado quando se trata de um processo de transição saúde-doença, devendo-se assumir uma postura de escuta e aceitação do outro, educação e orientação, promoção do autocuidado e conforto.

Podemos, portanto, aferir que o cuidado transicional não é algo passível de se reduzir a uma definição simples... palpável... visível... mas surge da profunda

consciencialização do enfermeiro que desvendou a compreensão do cliente que experienciou o processo de transição... é a preocupação com a conjuntura evolucionária das etapas transicionais do ser.

O conceito de transição é transversal aos documentos normativos que regulam a profissão de enfermagem em Portugal, encontra-se implícito na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o que nos permite inferir a sua relevância para a prática de enfermagem.

Assume-se que a “missão” da enfermagem deve ser redefinida de modo a poder lidar com clientes que experienciam transições, de modo a conseguir providenciar “ganhos em saúde” sensíveis aos cuidados de enfermagem. Contudo, este foco não deve ser imposto à disciplina, mas deve refletir a prática da enfermagem, documentada com rigor, com recurso à CIPE®, e ser demonstrado pelos clientes, alvo dos cuidados, e pelas suas escolhas, mas também pelas ações clínicas e pelas escolhas das questões de investigação dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto. ISBN 989-558-052-5.
- Chick, N. & Meleis, A. I. (1986) Transitions: a nursing concern. In: Chinn PL. *Nursing research methodology*. Maryland: Aspen.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A Primeira arte da vida*. (2ª Edição). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-53-3.
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relative's experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6): 658-71. Oxford.
- Hesbeen, W. (2004). A prática de cuidados: um encontro e um acompanhamento. *Enfermagem*, 2(34): 5-13. Lisboa. ISSN 0871-0775.
- International Council of Nurses [ICN] (2005). *CIPE Versão Beta 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (3.ª Edição). Tradução de Adelaide Madeira, Leonor Abecassis e Teresa Leal. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 972-98149-5-3.
- Im, E. (2010). Afaf Ibrahim Meleis – Transition Theory. In: M. R. Alligood & A. M Tomey. *Nursing Theorists and Their Work*. (7.ª Edition). Missouri: Mosby Elsevier. 416-433 p. ISBN 978-0-323-05641-0.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). La pensée infirmière. Conceptions e stratégies. Québec: Éditions Études Vivantes.
- Kralik, D.; Visentin, K. & Van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3): 320-29. Oxford. ISSN 0309-2402.
- Meleis, A. I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5.ª Edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.

- Meleis, A. I. (2013). *A Teoria das Transições*. Comunicação proferida pela autora na Conferência ‘A Teoria das Transições’, realizada na Escola Superior de Enfermagem do Porto, a 19 de Setembro de 2013. Porto.
- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Murphy, S. A. (1990). Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*, 4(3): 1-7.
- Ordem dos Enfermeiros (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007a). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007b). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011c). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Schumacher, Karen L. & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. 40 (3): 161-6.
- Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana enfermagem*, 7(3): 25-32. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169.

Recebido: 2 de junho de 2015.

Aceite: 24 de junho de 2015.