



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRO-REITORIA DE GRADUAÇÃO
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LORENA LARISSA BORGES DE OLIVEIRA

**INTERVENÇÕES DE CUIDADO TRANSICIONAL APÓS O ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL**

Goiânia, 2025

LORENA LARISSA BORGES DE OLIVEIRA

**INTERVENÇÕES DE CUIDADE TRANSICIONAL APÓS O ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Ciências Sociais da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito para obtenção de nota parcial para conclusão do curso.

Linha de pesquisa: Teorias, Métodos e Processo de Cuidar da Saúde
Orientador: Lívia Machado Mendonça

Goiânia, 2025

FOLHA DE APROVAÇÃO

INTERVENÇÕES DE CUIDADO TRANSICIONAL APÓS O ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL

Goiânia, 16 de Junho de 2025

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Livia Machado Mendonça (orientadora)

Prof^a. Dra. Laidilce Telles Zatta (membro)

Prof. Dr. Silvio José de Queiroz (membro)

Dedico este trabalho a Deus, minha família e aos amigos que me acompanharam nessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, por ter plantado este sonho em meu coração e, sobretudo, por me conceder forças, coragem e resiliência para seguir em frente mesmo nos momentos mais difíceis. Sei que, se Ele colocou este desejo em mim, é porque acreditava na minha capacidade de realizá-lo.

Aos meus pais, minha eterna e mais profunda gratidão. Nada disso teria sido possível sem o amor e o sacrifício de vocês. Viemos de uma realidade simples, e sei que cada passo dado nesta caminhada foi sustentado pelos esforços silenciosos, pelas renúncias e pelo amor incondicional de vocês. Se hoje chego até aqui, é porque vocês, mesmo diante de tantas limitações, nunca mediram esforços para que eu pudesse seguir em frente.

Foram cinco anos de muita luta, lágrimas silenciosas e renúncias de momentos especiais ao lado da minha família. A saudade, por vezes doeu mais do que eu poderia descrever, mas jamais me faltou o exemplo de força e dignidade que vocês sempre representaram para mim.

E por fim aos docentes da banca de qualificação e defesa Prof^a. Dra. Livia Machado Mendonça, Prof. Dr. Silvio José de Queiroz e Prof.^a. Dra. Laidilce Telles Zatta, pela prontidão em aceitar esse convite em meio a tantos compromissos e pelas importantes contribuições no direcionamento desse trabalho. Vocês são inspiração e exemplo para o meu aprimoramento profissional.

Este trabalho é, acima de tudo, uma homenagem a fé que me sustentou e ao amor que me impulsionou. A minha vitória é também de vocês.

Com todo o meu amor, respeito e gratidão.

“Sabemos que Deus age em todas as coisas para o bem daqueles que o amam, dos que foram chamados segundo o seu propósito” Romanos 8:28

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	pág.7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	pág.8
RESUMO.....	pág.9
ABSTRACT.....	pág.10
1. INTRODUÇÃO	pág.11
2. OBJETIVOS	pág.13
3. REVISÃO DA LITERATURA	pág.14
4. METODOLOGIA.....	pág.17
5. RESULTADOS	pág.21
6. DISCUSSÃO.....	pág.39
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	pág.49
REFERÊNCIAS	pág.50
APÊNDICES.....	pág.54

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre modelos e intervençõespág.22
- Quadro 1: Estratégia de busca utilizada nas respectivas bases de dados.....pág. 19
- Quadro 2: Síntese dos modelos e intervenções encontrados nos estudos selecionados, organizados por autor, ano de publicação e principais contribuições para a área de estudo.pág. 23
- Quadro 3: Caracterização das Intervenções de Cuidado Transicionalpág. 25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC– Acidente Vascular Cerebral

OMS – Organização Mundial da Saúde

APS – Atenção Primária á Saúde

TCM – Transitional Care Model

CTI – Care Transitions Intervention

MISTT – Michigan Stroke Transitions Trial

COMPASS – Community Participation Transition After Stroke

COMPASS - TC – Comprehensive Post-Acute Stroke Services –
Transitional Care

TCSI – Transitional Care Stroke Intervention

RESCUE – Reducing Stress and Coping Using Education

JBI – Joanna Briggs Institute

PBMR – Países de Baixa e Média Renda

PICO – População, Intervenção, Comparação, Outcome
(Resultados) - Estrutura de formulação da pergunta norteadora

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

RESUMO

OLIVEIRA, L. L. B. **Intervenções de Cuidado Transicional após o Acidente Vascular Cerebral** . 2025. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Enfermagem da Escola de Ciências Sociais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia Goiás, 2025).

INTRODUÇÃO: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de mortalidade e incapacidades no mundo, impactando negativamente a qualidade de vida dos pacientes e gerando elevada sobrecarga ao sistema de saúde. Diante da complexidade do cuidado no período pós-alta, as intervenções de cuidado transicional emergem como estratégias essenciais para garantir continuidade da assistência, reduzir complicações e readmissões, e promover reabilitação efetiva. **OBJETIVO:** Identificar e sintetizar os modelos e intervenções de cuidado transicional aplicados a pessoas sobreviventes de AVC. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada em seis etapas metodológicas, conforme o referencial de Souza, Silva e Carvalho (2010). Foram realizadas buscas nas bases MEDLINE/PubMed, CINAHL, PsycINFO, Scopus, Web of Science e EMBASE. Incluíram-se estudos publicados entre 2017 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol. Após a triagem, 15 artigos compuseram a amostra final. A coleta de dados considerou autores, tipo de estudo, intervenções aplicadas e principais resultados. **RESULTADOS:** As intervenções mais recorrentes foram visitas domiciliares, acompanhamento telefônico, planos de cuidados personalizados, revisão medicamentosa, uso de plataformas digitais e ações educativas. As estratégias foram conduzidas majoritariamente por equipes multiprofissionais com protagonismo da enfermagem. Os principais benefícios observados foram a melhora da qualidade de vida, maior adesão ao tratamento, aumento da funcionalidade e maior satisfação dos pacientes e cuidadores. Apenas 13% dos estudos apontaram redução nas taxas de readmissão hospitalar. **DISCUSSÃO:** Apesar da diversidade dos modelos analisados e da predominância de estudos em países de alta renda, os dados reforçam o potencial do cuidado transicional na reabilitação pós-AVC. Limitações como ausência de padronização, escassez de estudos em contextos de baixa renda e pouca análise de custo-efetividade dificultam a implementação em larga escala. A atuação do enfermeiro de prática avançada se destacou como central no planejamento e coordenação dessas intervenções. **CONCLUSÃO:** As intervenções de cuidado transicional representam uma estratégia eficaz e humanizada para melhorar os desfechos clínicos e funcionais de pacientes pós-AVC. A implementação dessas práticas requer planejamento institucional, políticas públicas de suporte, adaptação às realidades locais e capacitação das equipes de saúde para garantir um cuidado contínuo, seguro e integral.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Continuidade da Assistência; Cuidado Transicional; Reabilitação; Enfermagem.

ABSTRACT

OLIVEIRA, L. L. B. **Transitional Care Interventions after Stroke**. 2025. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Enfermagem da Escola de Ciências Sociais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia Goiás, 2025).

INTRODUCTION: Stroke is one of the leading causes of mortality and disability worldwide, significantly impacting patients' quality of life and burdening healthcare systems. Given the complexity of post-discharge care, transitional care interventions emerge as essential strategies to ensure continuity of assistance, reduce complications and rehospitalizations, and support effective rehabilitation. **OBJECTIVE:** To identify and summarize the main models and transitional care interventions applied to stroke survivors. **METHOD:** This is an integrative literature review based on the methodological framework of Souza, Silva, and Carvalho (2010), developed in six stages. The literature search was conducted in six international databases: MEDLINE/PubMed, CINAHL, PsycINFO, Scopus, Web of Science, and EMBASE. Studies published between 2017 and 2025 in Portuguese, English, or Spanish were included. After the screening process, 15 articles were selected for final analysis. Data collection included authorship, study type, interventions used, and key findings. **RESULTS:** The most frequent interventions included home visits, telephone follow-up, personalized care plans, medication review, digital platforms, and educational strategies. These interventions were mainly carried out by multidisciplinary teams, with advanced practice nurses playing a leading role. Positive outcomes included improved quality of life, greater treatment adherence, increased functionality, and higher patient and caregiver satisfaction. Only 13% of the studies reported reductions in hospital readmissions. **DISCUSSION:** Despite the diversity of models and the predominance of studies from high-income countries, the findings highlight the potential of transitional care to enhance post-stroke rehabilitation. However, limitations such as lack of standardization, scarcity of studies in low- and middle-income countries, and absence of cost-effectiveness analyses restrict broader implementation. The role of advanced practice nurses proved central in planning and coordinating transitional care strategies. **CONCLUSION:** Transitional care interventions are effective and humanized strategies for improving clinical and functional outcomes among post-stroke patients. Their successful implementation requires institutional planning, supportive public policies, adaptation to local contexts, and ongoing professional training to ensure safe, continuous, and comprehensive care.

Keywords: Stroke; Continuity of Patient Care; Transitional Care; Rehabilitation; Nursi

1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte no mundo, além de ser a terceira principal causa de incapacidade, afetando significativamente a saúde pública (Feigin; Brainin; Norrving, 2022). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o (AVC) é definido pelo surgimento rápido de alterações focais na função cerebral, cujos sintomas podem persistir por 24 horas ou mais. Essas mudanças, de origem vascular, provocam impactos em diferentes áreas, como as funções sensoriais, motoras e cognitivas, variando de acordo com a extensão da lesão (Brasil, 2013).

Estudos indicam que cerca de 15 milhões de pessoas sofrem AVC anualmente, sendo que aproximadamente 5 milhões delas necessitam de cuidados prolongados devido a deficiências severas (Chohan; Venkatesh; How, 2019). Devido à sua prevalência, quadro clínico e impacto na qualidade de vida e capacidade funcional do paciente, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa um enorme impacto financeiro tanto para o sistema de saúde quanto para as famílias dos pacientes acometidos (Haley *et al.*, 2010). O impacto global do AVC aumentou nas últimas duas décadas (Xu *et al.*, 2015).

Em 2015, o AVC foi uma das principais causas de mortalidade prematura em todo o mundo, além de serem as principais causas de anos de vida perdidos em 119 países (Thomalla *et al.*, 2018). Assim, identificar terapias seguras e de baixo custo para prevenir e tratar o AVC é de grande interesse na saúde pública (Hacke *et al.*, 2008).

Essa realidade destaca a importância de estratégias de cuidado transicional que visem não apenas a recuperação imediata, mas também a reabilitação e a reintegração social dos sobreviventes de AVC (Feigin; Brainin; Norrving, 2022). A atenção a essas necessidades é crucial para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir o impacto financeiro sobre os sistemas de saúde.

No contexto do AVC, os cuidados abrangem diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde, tornando necessária a continuidade do cuidado para garantir a integralidade. No ambiente hospitalar, há um foco em terapias imediatas para o AVC, incluindo a identificação etiológica, início da reabilitação e preparo para a alta. Após a alta, os cuidados devem continuar no domicílio, com a participação da família e o apoio das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). (Tsai *et al.*, 2015).

Transições que ocorrem de modo não coordenado e repentinas podem acarretar diversos entraves para a continuidade do cuidado, incluindo escassez de informações sobre a doença, medo e insegurança da família em prestar os cuidados no domicílio, reinternações e dificuldades em identificar pontos de apoio dentro do sistema de saúde

(Tsai *et al.*, 2015; White *et al.*, 2015).

Apesar de ser evidente que a integração dos serviços de saúde é essencial para a coordenação do cuidado, geralmente não há conexão entre esses pontos acessados pelas pessoas e profissionais que, por fim, atuam de modo independente, ocasionando perda de informações e descontinuidade (Coleman; Boulton, 2003).

O cuidado transicional consiste em um conjunto de ações que visam garantir a continuidade e coordenação dos serviços de saúde quando os pacientes são transferidos entre diferentes locais ou níveis de atendimento, inclusive dentro de uma mesma instituição (Coleman; Boulton, 2003).

Esse tipo de cuidado é especialmente crucial para pessoas que apresentam necessidades complexas. Envolve a elaboração de um plano de cuidado detalhado, além da disponibilidade de profissionais capacitados que estejam atualizados sobre as metas, preferências e condições clínicas do paciente. Também abrange aspectos logísticos, educação do paciente e seus familiares, e a integração entre os profissionais de saúde envolvidos na transição (Coleman; Boulton, 2003).

Diante do exposto, considera-se de suma importância a identificação de intervenções de cuidado transicional que possam contribuir para que pacientes e profissionais de saúde enfrentem os desafios associados à transição do cuidado pós-AVC, um período crítico que pode determinar não apenas o sucesso da reabilitação, mas também a redução de complicações e reinternações.

Ao examinar as intervenções eficazes e os desafios encontrados na coordenação do cuidado, este estudo pretende oferecer contribuições valiosas para aprimorar a qualidade da assistência, promover uma abordagem mais humanizada e reduzir o impacto financeiro e emocional do AVC.

A síntese das intervenções de cuidado transicional irá permitir que profissionais e gestores em saúde possam identificar quais dessas intervenções são aplicáveis no âmbito institucional ou até mesmo em um contexto nacional. Nessa perspectiva, acredita-se que este estudo poderá subsidiar a elaborações de políticas de saúde que favoreçam a implementação dessas intervenções de modo a garantir um cuidado contínuo e de qualidade para os pacientes que vivenciam o AVC.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Revisar as intervenções de cuidado transicional aplicados nos casos de acidente vascular cerebral.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido como a diminuição ou completa interrupção do aporte sanguíneo cerebral, estando dividido em dois tipos, trombótico (tipo isquêmico) ou provocado pelo rompimento de um vaso do encéfalo, acarretando extravasamento de sangue no parênquima cerebral (tipo hemorrágico) (Silva *et al.*, 2019; Neves e Guimarães, 2015).

Sua gravidade se reflete na alta taxa de mortalidade no Brasil, onde o AVC é uma das principais causas de óbito, especialmente entre adultos, mas não exclui a possibilidade de ocorrência em outras faixas etárias, incluindo crianças, conforme observado por Carvalho *et al.*, (2019).

Além disso, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) se destaca como a principal causa de incapacidades a longo prazo. Os indivíduos que sobrevivem a esse evento tendem a ter uma expectativa de vida que varia de um a oito anos, e frequentemente enfrentam diferentes níveis de deficiência crônica, o que pode prejudicar suas capacidades funcionais e cognitivas, impactando suas atividades diárias (Vieira; Fialho; Moreira, 2011; O'Sullivan; Schmitz, 2010).

Dessa forma, o AVC torna-se um sério problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, devido à alta morbimortalidade associada à doença. Os custos elevados gerados por essa condição fazem dela uma das mais onerosas para os sistemas de saúde. Por esse motivo, é essencial que se priorize a prevenção dos fatores de risco. A implementação de campanhas de conscientização para a população é fundamental para promover a adoção de cuidados que previnam a ocorrência de AVC e, conseqüentemente, aliviem o impacto tanto pessoal quanto econômico que essa doença acarreta (Porcello-Marrone *et al.*, 2013; Jonson *et al.*, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde (2020), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) está relacionado a diversos fatores de risco, incluindo hipertensão, diabetes tipo 2, colesterol alto, sobrepeso e obesidade, tabagismo, uso excessivo de álcool, idade avançada, sedentarismo, uso de drogas ilícitas, histórico familiar e ser do sexo masculino.

Além disso, o AVC hemorrágico é frequentemente causado pela pressão alta descontrolada e ruptura de um aneurisma, enquanto o AVC isquêmico pode ser resultado de processos aterotrombóticos, cardioembólicos, distúrbios de coagulação

ou causas desconhecidas (Ministério da Saúde, 2020).

Já entre os fatores que podem ser controlados, a hipertensão arterial é o mais relevante, elevando em três vezes ou mais a chance de AVC. O controle da pressão arterial pode reduzir esse risco em 42%, já no primeiro ano de tratamento (Castro, 2009).

Conforme recomenda o Ministério da Saúde (2020), é fundamental adotar medidas preventivas para reduzir a probabilidade de ocorrência do Acidente Vascular Cerebral (AVC). Isso inclui escolhas saudáveis como não fumar, evitar o consumo excessivo de álcool, manter uma alimentação equilibrada, realizar atividades físicas regulares e controlar a pressão arterial e glicêmica. Diante disso, o tratamento e reabilitação adequados são cruciais para minimizar os danos causados pelo AVC.

Após o tratamento inicial do Acidente Vascular Cerebral (AVC), inicia-se a etapa de reabilitação e adaptação à vida pós-AVC. Nesse contexto, a assistência ao paciente requer uma abordagem integral, que transcende o ambiente hospitalar, conforme destacado por Tsai *et al.*, (2015), que enfatizam a importância da família no processo de cuidado. Durante a hospitalização, o foco está na intervenção imediata, diagnóstico etiológico e início da reabilitação.

Posteriormente, a continuidade do cuidado é crucial, envolvendo a transição para o ambiente domiciliar, que envolve intervenções coordenadas entre equipes, setores ou ambientes de saúde, incluindo hospitais, Atenção Primária à Saúde (APS) e atenção domiciliar, como observado por Shamsavari *et al.*, (2019).

Essa transição é fundamental para garantir a integralidade da assistência. O conceito de "transição de cuidados" é multifacetado e pode ser difícil de definir com precisão, sendo frequentemente confundido com termos como coordenação, navegação e continuidade de cuidados. Segundo Coleman e Boulton (2003), essa transição envolve não apenas a transferência clínica de responsabilidade, mas também considera as necessidades específicas dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e seus cuidadores.

Portanto, é fundamental entender essa transição como um processo integral. Especificamente, a transição de alta hospitalar que é caracterizada por ações que garantem continuidade dos cuidados necessários ao paciente fora do ambiente hospitalar.

Seguindo essa linha de pesquisa, de acordo com a *American Heart Association/American Stroke Association*, as transições de cuidados na reabilitação

após Acidente Vascular Cerebral (AVC) devem ser centradas na alta do paciente, geralmente de um nível de cuidado para outro, com planejamento abrangente iniciado logo após o AVC (Winstein *et al.*). Além disso, estudos mostram que o curto período de internação hospitalar (cerca de 4 dias) não permite tempo suficiente para pacientes e famílias se adaptarem às mudanças de vida pós-AVC (Young *et al.*).

Á vista disso, garantir uma recuperação adequada e contínua para os pacientes que sofreram de AVC, o cuidado transicional torna-se uma ferramenta indispensável. Ele assegura que a passagem dos pacientes entre diferentes níveis de atenção à saúde ocorra de forma eficaz, promovendo tanto a reabilitação quanto a redução de complicações. Nesse sentido, a transição do cuidado (TC) engloba uma série de ações que visam manter a continuidade do atendimento entre diferentes serviços e ambientes de saúde (Coleman; Boulton, 2003).

Essa abordagem beneficia não apenas os pacientes, garantindo-lhes uma assistência de qualidade, como também alivia a sobrecarga do sistema de saúde ao reduzir readmissões e custos desnecessários (Acosta *et al.*, 2020; Loerinc *et al.*, 2021). A implementação de transições de cuidado eficientes é, portanto, fundamental para otimizar os resultados clínicos e econômicos.

Nesse contexto, a assistência ao paciente com AVC envolve uma rede complexa de cuidados, desde o tratamento imediato no hospital até a reabilitação e apoio a longo prazo no domicílio. Portanto, a colaboração entre equipes de saúde e familiares é essencial para assegurar a continuidade do cuidado e melhorar os resultados de saúde, conforme destacado por Tsai *et al.*, (2015).

No entanto, a implementação efetiva do cuidado transicional ainda enfrenta desafios, como a falta de planejamento adequado para a alta hospitalar e o acompanhamento domiciliar, levando a fragmentação no atendimento (Renner *et al.*, 2013).

Para superar esses desafios, a aplicação efetiva da estratégia de cuidado transicional pode trazer benefícios significativos. Isso inclui redução do tempo de internação hospitalar, diminuição das readmissões por complicações e redução de custos nos serviços de saúde (Renner *et al.*, 2013; Fleming; Haney, 2013). Portanto, essa abordagem melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, especialmente em um contexto de avanços tecnológicos e terapêuticos, promovendo um tratamento mais eficaz e uma maior longevidade para pessoas com múltiplas comorbidades (Meisinger *et al.*, 2013).

Dentro das equipes multidisciplinares, os enfermeiros desempenham um papel central no planejamento dessas transições, considerando as limitações dos pacientes, facilitando a comunicação com profissionais da atenção primária, orientando sobre o uso de medicamentos em casa e oferecendo acompanhamento por visitas domiciliares ou chamadas telefônicas. O uso de tecnologias, como enfermeiros virtuais, também tem mostrado resultados positivos para assegurar transições seguras e eficazes (Hirschman *et al.*, 2015; Enderlin *et al.*, 2013).

4 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa do tipo revisão integrativa da literatura em seis fases, de acordo com o referencial teórico de Souza, Silva e Carvalho (2010).

4.1 Primeira Fase: Elaboração da Pergunta Norteadora

Para elaborar a questão norteadora, utilizou-se a estrutura mnemônica que consistiu em: população (P), pessoas que sobreviveram ao AVC e cuidadores familiares; fenômeno de interesse (I), intervenções de cuidado transicional, (Co) nos diferentes espaços de cuidados em saúde.

A questão norteadora foi *“quais os modelos e as intervenções de cuidado transicional para pessoas que sobreviveram ao AVC e cuidadores familiares nos diferentes espaços de cuidados em saúde”?*

4.2 Segunda Fase: Amostragem da Literatura

Foram realizadas uma busca detalhada em bases de dados eletrônicas, com o objetivo de realizar uma revisão abrangente da literatura. A busca foi planejada e executada de forma a garantir a inclusão de todos os estudos relevantes que atendam aos critérios pré-estabelecidos. Foram consultadas cinco bases de dados, por possibilitarem extensa pesquisa em literatura da saúde: *MEDLINE*, via *US National Library of Medicine Institute of Health (PUBMED)*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *American Psychological Association (PsychINFO)* e *Sci Verse Scopus (SCOPUS)* e *EMBASE*.

A estratégia de busca foi elaborada por meio de palavras-chave e descritores

controlados definidos pelos DeCs com os operadores booleanos “AND” e “OR”. Definiu-se, para cada base, uma estratégia específica de busca, considerando o uso da terminologia padronizada (Quadro 1).

Quadro 1 - Estratégia de busca utilizada nas respectivas bases de dados.

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
CINAHL	("continuity of patient care" OR "patient discharge" OR "patient handoff" OR "patient transfer") AND stroke
	("transitional care" OR "care transitions" OR "transitions of care") AND stroke
	("follow-up after discharge") AND stroke
	("health education") AND stroke AND "rehabilitation" AND ("transitional care" OR "care transitions" OR "transitions of care") AND stroke
MEDLINE/Pubmed	continuity of patient care [mesh terms] OR transitional care [mesh terms] OR patient discharge[mesh terms] OR patient handoff[mesh terms] OR patient transfer[mesh terms] AND stroke[mesh terms]
	continuity of patient care [mesh terms] AND follow-up after discharge[mesh terms] AND stroke[mesh terms]
	continuity of patient care [mesh terms] AND health education [mesh terms] AND stroke [mesh terms]
	continuity of patient care [mesh terms] AND rehabilitation [mesh terms] AND stroke [mesh terms]
	continuity of patient care [mesh terms] AND progressive patient care [mesh terms] AND stroke [mesh terms]
	continuity of patient care [mesh terms] AND community health services[mesh terms] AND stroke[mesh terms]
	continuity of patient care [mesh terms] AND community health services[mesh terms] AND stroke[mesh terms]
PsycINFO	("continuity of patient care" OR "patient discharge" OR "patient handoff" OR "patient transfer" and stroke
	("transitional care" or "care transitions" OR "transitions of care") AND stroke
	("follow-up after discharge") AND stroke
	("health education") AND stroke
	"rehabilitation" AND ("transitional care" or "care transitions" or "transitions of care") AND stroke
WEB OF SIENCE	("transitional care" OR "care transitions" OR "transitions of care") AND stroke AND (adult* or elder* or age*)
	("continuity of patient care" OR "patient discharge" OR "patient handoff" OR "patient transfer" AND stroke AND (adult* or elder* or age*)
	("follow-up after discharge") AND stroke and (adult* or elder* or age*)
	("health education") AND stroke and (adult* or elder* or age*)
	"rehabilitation" AND ("transitional care" OR "care transitions" OR "transitions of care") AND stroke AND (adult* or elder* or age*)
Scopus	("continuity of patient care" OR "patient discharge" OR "patient handoff" OR "patient transfer" AND stroke AND (adult* or elder* or age*)
	("transitional care" OR "care transitions" OR "transitions of care") AND stroke AND (adult* or elder* or age*)
	("follow-up after discharge") AND stroke and (adult* OR elder* OR age*)
	("health education") AND stroke AND (adult* OR elder* OR age*)
	"rehabilitation" AND ("transitional care" OR "care transitions" OR "transitions of care") AND stroke AND (adult* OR elder* OR age*)

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
	"continuity of care".mp.AND "transitional care".mp
	"transitional care".mp. OR hospital discharge
	"patient-centered care".mp. OR patient care/ AND "comprehensive health care".mp. AND stroke.mp. OR cerebrovascular accident
	"patient-centered care".mp. OR patient care/ andstroke.mp. OR cerebrovascular accident
EMBASE	"Transitional care".mp. AND stroke.mp. OR cerebrovascular accident/
	health care quality/ OR patient/ OR "transitional care".mp. OR hospital discharge/ OR hospital readmission/AND stroke.mp. OR cerebrovascular accident/
	"transitional care".mp. AND health care quality/ OR patient/ OR "transitional care".mp. OR hospital discharge/ OR hospital
	stroke.mp. OR cerebrovascular accident/and hospital discharge/
	readmission/AND stroke.mp. OR cerebrovascular accident/
	stroke.mp. OR cerebrovascular accident/AND hospital discharge/
	"continuity of care".mp. AND stroke.mp. OR cerebrovascular accident/
	"comprehensive health care".mp. AND stroke.mp. OR cerebrovascular accident/
	Stroke.mp. OR cerebrovascular accident/AND progressive patient care.mp.

Fonte: elaborado pelas autoras (2024).

A seleção do estudo foi realizada em duas etapas consecutivas. Inicialmente, foi feita uma triagem baseada em títulos e resumos, seguida da leitura integral dos estudos pré-selecionados. Para serem incluídos, os estudos deveriam atender aos seguintes critérios: publicação em periódicos científicos, em português, inglês ou espanhol, entre 2017 e 2025, e abordarem as intervenções de cuidado transicional para sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Foram excluídos estudos duplicados, com métodos ou resultados inconsistentes, e que não estavam com o resumo disponível na base de dados.

4.3 Terceira Fase: Coleta de Dados

Foram extraídos os dados das publicações selecionadas por meio de um instrumento para análise da revisão integrativa, conforme proposto por Paranhos, Pina e Mello (2011), que contemplou os autores, objetivos, tipo de estudo, resultados e conclusões (APÊNDICE 1). Essa abordagem assegurou que a totalidade dos dados fosse extraída, minimizando os erros na transcrição, garantindo a precisão da checagem das informações e mantendo registros. Esse processo permitiu uma análise rigorosa e sistemática das publicações selecionadas, proporcionando uma visão abrangente e detalhada dos resultados obtidos.

4.4 Quarta Fase: Análise de Estudos Incluídos

Os estudos incluídos foram analisados detalhadamente, seguindo as recomendações da metodologia da revisão integrativa. Além disso, a experiência da pesquisadora e da orientadora foi considerada para a apuração dos métodos e dos resultados, auxiliando na determinação de sua utilização na prática.

Considerando que esta pesquisa não envolve a participação de seres humanos, não exigiu a aprovação do comitê de ética.

4.5 Quinta e Sexta Fases: Apresentação da Revisão Integrativa e Discussão dos Resultados

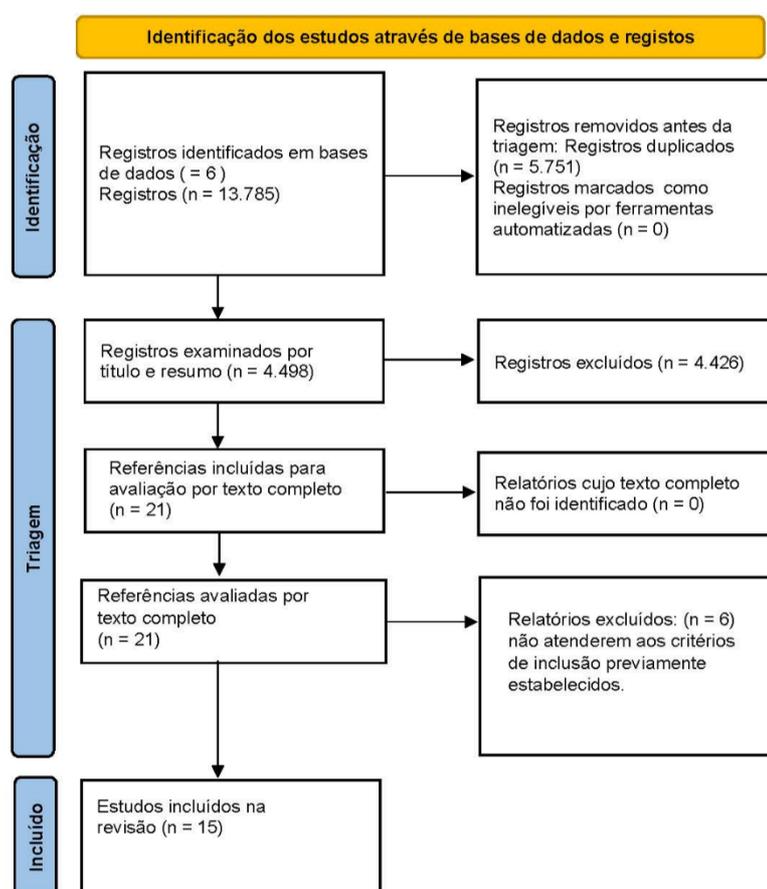
Na quinta fase deste trabalho, foi realizada a apresentação da revisão integrativa, com foco em intervenções e modelos de cuidados transicionais para pacientes que sofreram AVC. Os dados extraídos dos estudos selecionados foram organizados de forma clara e detalhada, agrupados no Apêndice, para facilitar a consulta e a análise. Essa etapa buscou identificar e destacar as principais estratégias utilizadas, lacunas existentes e contribuições relevantes no manejo transicional desses pacientes.

Na sexta fase, foi desenvolvida a discussão dos resultados, com o objetivo de interpretar criticamente as evidências levantadas na revisão integrativa. Os achados foram relacionados aos objetivos propostos, enfatizando a importância prática e teórica das intervenções de cuidado transicional no contexto do AVC. Foram analisadas as convergências e divergências entre os estudos, com destaque para os impactos observados e as implicações para a melhoria dos modelos de cuidado. Além disso, foram apontadas lacunas de conhecimento e sugestões para futuras pesquisas. A apresentação será estruturada de forma reflexiva e fundamentada, evidenciando as contribuições deste trabalho para a área de saúde.

5 RESULTADOS

Foram identificados 13.785 registros nas bases de dados CINAHL, MEDLINE/PubMed, PsycINFO, Web of Science, Scopus e EMBASE. Após a remoção de 5.751 duplicatas, 8.034 artigos permaneceram para a triagem de títulos e resumos. Durante essa etapa, 4.140 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão definidos para o presente estudo. Assim, 21 artigos foram selecionados para a leitura completa dos textos. Não houve relatos não recuperados para avaliação integral. Após a análise detalhada dos textos completos, 6 artigos foram excluídos por não abordarem intervenções de cuidados transicionais em pacientes com acidente vascular cerebral (AVC). Portanto, 15 estudos foram incluídos na revisão integrativa, conforme ilustrado no fluxograma PRISMA (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre modelos e intervenções



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Antes da apresentação dos quadros que sintetizam os modelos e intervenções de cuidado transicional voltados a pacientes pós-AVC, é importante contextualizar os

principais achados da análise realizada.

Os estudos revelaram efeitos positivos principalmente na qualidade de vida, adesão ao tratamento, funcionalidade e satisfação dos pacientes e cuidadores. Intervenções como visitas domiciliares, acompanhamento remoto e educação para o autocuidado foram recorrentes e bem avaliadas, ainda que a redução das readmissões hospitalares tenha sido observada com menor frequência.

Entretanto, limitações importantes foram identificadas, como a grande variabilidade entre os modelos estudados, a ausência de padronização nos protocolos, a baixa presença de estudos em países de baixa e média renda e a escassez de análises econômicas. Também se evidenciou uma carência de pesquisas que avaliem os impactos dessas intervenções no longo prazo, especialmente no que se refere à sua sustentabilidade e aos efeitos psicossociais duradouros.

Apesar desses desafios, os dados reforçam o potencial das intervenções de cuidado transicional na reabilitação de pacientes pós-AVC, especialmente quando conduzidas por equipes interdisciplinares e baseadas em planos individualizados. A seguir, o quadro 1 apresenta, de forma estruturada, os principais modelos identificados na literatura, suas características, componentes utilizados e os resultados mais relevantes observados nos estudos analisados.

Quadro 2 – Síntese dos modelos e intervenções encontrados nos estudos selecionados, organizados por autor, ano de publicação e principais contribuições para a área de estudo.

AUTOR/ANO	PAÍS	MÉTODO	SÍNTESE DOS ASPECTOS CENTRAIS
Deng <i>et al.</i> , 2020	China	Tipo de estudo: Ensaio clínico randomizado (pilot RCT) com alocação oculta e avaliação cega. Amostra: 98 participantes com diagnóstico de AVC (hemorrágico ou isquêmico), divididos igualmente entre grupo intervenção e grupo controle.	- Modelo explicativo da trajetória de cuidadores familiares ao longo do processo de enfrentamento do AVC, com objetivo de fornecer fundamentação teórica para que a equipe interdisciplinar estabeleça planos integrados de cuidado e melhore o preparo de cuidadores para lidar com as transições.
			- Tem como pressuposto melhorar o preparo de pacientes e cuidadores para transições de cuidado, facilitar as transições entre os diferentes ambientes de cuidado e minimizar a ocorrência de eventos adversos e crises.
			- Fundamenta-se no Modelo Trans teórico de Mudança de Comportamento, no qual se compreende que as mudanças de comportamento ocorrem quando as estratégias educacionais são implementadas para uma pessoa na fase inicial do preparo para a mudança.
			- Está descrito em cinco fases distintas que apresentam as intervenções relacionadas a: apoio social, educação em saúde, treinamento de habilidades para o cuidado domiciliar, planejamento eficaz da alta, estabelecimento de comunicação interprofissional e adaptação para retorno às atividades da vida diária e cuidados de longa duração.

		<p>Período: outubro de 2018 a março de 2019.</p> <p>Local: Hospital terciário e domicílios em Lishui, China.</p>	
Haynes, H. N. <i>et al.</i> , 2015.	Estados Unidos	<p>Tipo de estudo: Estudo descritivo com análise retrospectiva de base de dados.</p>	<p>Modelos de Coleman (CTI) e Naylor (TCM), com ênfase em <i>Advanced Practice Nurses</i> (APNs) liderando cuidados e continuidade pós-AVC e AIT.</p> <p>Trata-se de um estudo descritivo, de natureza retrospectiva, complementado por levantamento telefônico realizado após a alta hospitalar, com o objetivo de identificar os principais fatores que influenciam a transição do cuidado de pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Ataque Isquêmico Transitório (AIT).</p> <p>A investigação abordou variáveis como o tempo de internação, presença de comorbidades, adesão ao seguimento clínico, compreensão das orientações recebidas na alta e o suporte emocional disponível ao paciente.</p>
Connolly & Mahoney (2018)	Estados Unidos	<p>Tipo de estudo: Estudo qualitativo descritivo.</p>	<p>Modelo de Cuidado Transicional: O modelo proposto é de natureza indutiva, fundamentado em um estudo qualitativo descritivo e não experimental, com o objetivo de fornecer subsídios para futuras propostas de cuidado transicional baseadas nas experiências de sobreviventes de AVC isquêmico nas quatro primeiras semanas após a alta hospitalar.</p> <p>Além disso, propõe-se a integração do modelo com abordagens consolidadas, como o <i>Transitional Care Model</i> (TCM), visando aprimorar a continuidade do cuidado e a experiência do paciente durante essa fase crítica da recuperação.</p>
Flink, M. <i>et al.</i> , 2021.	Suécia	<p>Tipo de Estudo: Estudo de viabilidade com delineamento controlado não randomizado e abordagem metodológica mista.</p>	<p>O modelo Rainbow é voltado para promover uma transição segura e eficaz do hospital para o domicílio de pessoas acometidas por Acidente Vascular Cerebral (AVC). Entre os principais elementos do modelo, destacaram-se: o envolvimento ativo de usuários e profissionais de saúde na construção compartilhada do plano de cuidado, o fortalecimento da comunicação interpessoal e Inter organizacional, além de uma preparação estruturada para a alta hospitalar. Esses componentes visam garantir a continuidade do cuidado, reduzir riscos durante a transição e favorecer a recuperação do paciente no ambiente domiciliar.</p>

Reeves, M. J. <i>et al.</i> , 2017.	Estados Unidos	Tipo de Estudo: Ensaio clínico pragmático, randomizado e não-cego.	<p>O SWSCM (<i>Supportive and Wellness Services Care Model</i>) é um modelo de cuidado centrado no paciente que integra uma série de estratégias e recursos para promover o bem-estar e a continuidade do cuidado. Entre os aspectos centrais deste modelo, destaca-se a inclusão de visitas domiciliares, que permitem uma atenção mais personalizada e próxima, além do acompanhamento telefônico, que facilita o monitoramento remoto e a intervenção rápida.</p> <p>O modelo também prioriza a elaboração de um plano de cuidados individualizado, adaptado às necessidades específicas de cada paciente, bem como o encaminhamento para serviços comunitários, visando garantir acesso a recursos locais e apoio social.</p>
Markle-Reid, M. <i>et al.</i> , 2023.	Canadá	Tipo de Estudo: Trata-se de um ensaio clínico randomizado.	<p>Este modelo visa apoiar a autogestão do paciente por meio do uso do <i>My Stroke Recovery Journey Website</i>, uma plataforma digital que facilita o acompanhamento contínuo e a educação do paciente, promovendo a autonomia no processo de recuperação.</p> <p>Para otimizar a comunicação e o fluxo de informações, o modelo utiliza ferramentas padronizadas de avaliação que permitem uma troca eficaz de dados entre os membros da equipe, além de garantir a continuidade do cuidado através da comunicação com a Atenção Primária à Saúde (APS). Este modelo visa a implementação de cuidados integrados e contínuos, assegurando que o paciente receba o suporte necessário durante o processo de recuperação pós-AVC.</p>
Gesell, S. B. <i>et al.</i> , 2019.	Estados Unidos	Tipo de Estudo: Estudo de implementação	<p>O modelo COMPASS-TC (<i>COMprehensive Post-Acute Stroke Services – Transitional Care</i>) é um modelo de cuidado pós-AVC desenvolvido com base nos requisitos de reembolso do CMS (<i>Medicare</i>), com foco na coordenação interprofissional e na implementação de um plano de cuidados eletrônico compartilhado. A intervenção foi estruturada para garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar e facilitar a transição dos pacientes de um ambiente hospitalar para a atenção domiciliar.</p> <p>O estudo foi conduzido em 20 hospitais da Carolina do Norte por meio de um ensaio clínico pragmático randomizado por clusters.</p>
Bollinger, R. M. <i>et al.</i> , 2024	Estados Unidos	Tipo de Estudo: Ensaio clínico randomizado de fase 2b.	<p>O programa COMPASS (<i>Community Participation Transition After Stroke</i>) é um modelo de transição reabilitacional destinado a promover a reintegração domiciliar e comunitária de pacientes pós-AVC.</p> <p>O foco principal do programa é realizar modificações ambientais domiciliares e fornecer treinamento estratégico para superar barreiras que possam impactar a independência funcional e a participação social dos pacientes.</p>
Lindblom, S. <i>et al.</i> , 2024	Suécia	Tipo de Estudo: Estudo de viabilidade	O modelo adotado baseia-se em uma abordagem colaborativa e centrada nas necessidades do paciente,

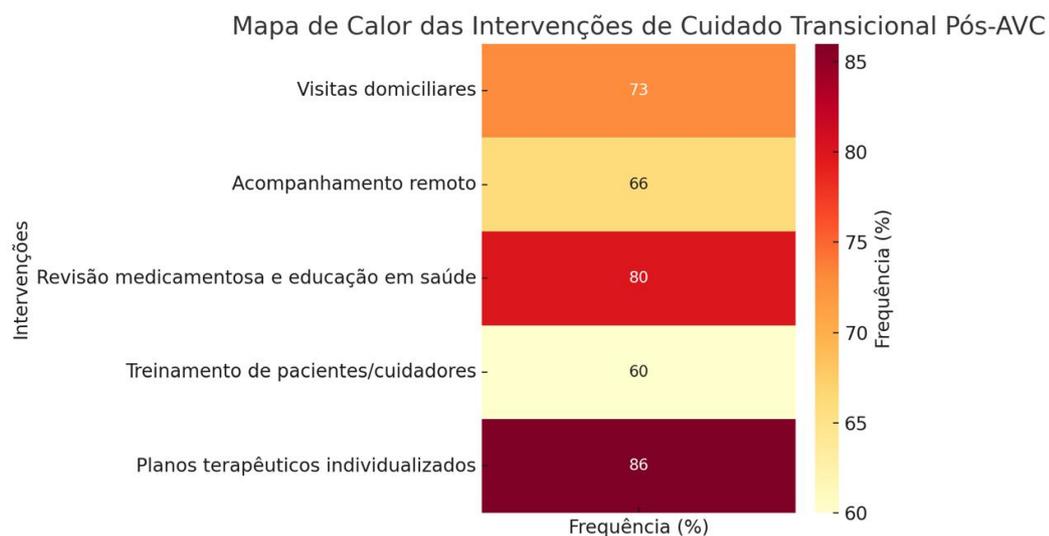
		controlado, não randomizado	<p>com o objetivo de qualificar a transição do cuidado entre o ambiente hospitalar e o domicílio.</p> <p>Esse modelo propõe o planejamento compartilhado entre os profissionais de saúde, fundamentado na comunicação Inter organizacional eficaz, por meio de ferramentas como videoconferências (e-meetings) e mensagens seguras.</p> <p>A avaliação do modelo considerou dimensões como aceitação pelos profissionais envolvidos, fidelidade na aplicação prática e o impacto percebido na qualidade da transição assistencial, com ênfase na continuidade e na segurança do cuidado no período pós-alta.</p>
--	--	-----------------------------	--

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Além da apresentação dos modelos, torna-se fundamental detalhar as principais intervenções que compõem o cuidado transicional aplicado aos pacientes pós-AVC. Essas intervenções, embora variem em formato, intensidade e composição, compartilham o objetivo comum de assegurar a continuidade do cuidado, promover o autocuidado e prevenir complicações após a alta hospitalar.

O levantamento dos estudos revelou que essas estratégias são compostas, maioritariamente, por ações como visitas domiciliares, acompanhamento telefônico, uso de tecnologias digitais, educação em saúde, revisão medicamentosa e elaboração de planos de cuidado personalizados, conduzidos por equipes interdisciplinares. Cada uma dessas ações é adaptada conforme as necessidades do paciente, os recursos disponíveis e o contexto em que se insere. Conforme apresentado na imagem 1, o mapa de calor ilustra a frequência com que essas intervenções aparecem nos estudos analisados, destacando a predominância dos planos terapêuticos individualizados (86%) e da revisão medicamentosa associada à educação em saúde (80%) como estratégias mais frequentemente implementadas.

Figura 1 mapa de calor das principais intervenções identificadas



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Para melhor compreensão, o Quadro 2 a seguir sintetiza as principais intervenções identificadas, descrevendo seus componentes, formas de execução, objetivos e os desfechos mais frequentemente associados na literatura analisada.

Quadro 3 – Caracterização das Intervenções de Cuidado Transicional

Estudo 1	
Autor/Ano e País	Haynes, H. N. <i>et al.</i> , 2015 (EUA)
Método	Estudo descritivo com análise retrospectiva e survey
Nome da Transição	Modelo baseado em TCM (Naylor) e CTI (Coleman)
Descrição da Intervenção	Plano de intervenção direcionado em tempo de internação e plano de reabilitação; Avaliação da compreensão das instruções de alta; Suporte emocional e telefone de contato para retirada de dúvidas; Avaliação da adesão e acompanhamento com neurologista e clínico geral. Abordagem multidisciplinar com liderança realizada por enfermeiros de prática avançada.
Resultados	Redução da taxa de readmissão em 3% em 30 dias. Os principais fatores associados a readmissão são: idade, status de convênios de saúde, comorbidades e destino pós alta.

	Identificou temas emergentes como a saúde emocional, conhecimento sobre o AVC e ausência de contato telefônico definido para suporte pós alta.
Estudo 2	
Autor/Ano e País	Reeves, M. J. <i>et al.</i> , 2017 (EUA)
Método	Ensaio clínico pragmático, randomizado
Nome da Transição	<i>MISTT – Michigan Stroke Transitions Trial</i>
Descrição da Intervenção	<p>Visitas domiciliares, acompanhamento telefônico, planos individualizados e acompanhamento comunitário.</p> <p>Website para fornecer educação em saúde e apoio ao cuidador.</p> <p>Uso de ferramentas digitais e recursos locais.</p> <p>Visita domiciliares na primeira semana após a alta e outra trinta dias após a alta.</p> <p>Ligações semanais.</p> <p>Planos de cuidados centrado no paciente.</p> <p>Revisão de medicamentos;</p> <p>Encaminhamentos sociais e médicos.</p> <p>A intervenção realizada por equipe multidisciplinar com assistente social como gestor da equipe.</p>
Resultados	Melhora na qualidade de vida. Menor estresse do cuidador, maior adesão ao tratamento e satisfação com os cuidados.
Estudo 3	
Autor/Ano e País	Somerville, E. <i>et al.</i> , 2019 (EUA)
Método	Ensaio clínico randomizado
Nome da Transição	<i>COMPASS – Community Participation Transition After Stroke</i>
Descrição da Intervenção	<p>Visita domiciliar com foco em avaliação de barreiras, necessidade de instalações e adaptações.</p> <p>Uso de estratégias personalizadas com reforços posteriores.</p> <p>Visita domiciliar pré-alta e quatro visitas pós-alta.</p> <p>Modificações ambientais personalizadas baseadas em estratégias de superação de barreiras.</p> <p>Treinamento e estratégias personalizadas para superar barreiras.</p> <p>Duas visitas de reforços subsequentes;</p> <p>Equipe composta por terapeutas ocupacionais, assistentes de pesquisas, equipe de reabilitação multidisciplinar do hospital.</p>

Resultados	<p>Redução de barreiras domiciliares; Alta aceitabilidade e fidelidade na reabilitação. Melhora na participação comunitária, Melhora na qualidade de vida e desempenho funcional.</p>
Estudo 4	
Autor/Ano e País	Jennifer H. LeLaurin <i>et al.</i> , 2020 (EUA)
Método	Ensaio clínico randomizado com abordagem qualitativa e quantitativa
Nome da Transição	RESCUE “ <i>Reducing Stress and Coping Using Education</i> ”, um modelo de intervenção baseada em suporte, resolução de problemas e orientação educacional para cuidadores de pessoas que sofreram AVC.
Descrição da Intervenção	<p>A intervenção RESCUE foi implementada por meio de sessões semanais realizadas por telefone e acesso a uma plataforma online.</p> <p>A intervenção foi conduzida por enfermeiros registrados, com experiência em cuidados de AVC, saúde mental e doenças crônicas, previamente treinados em técnicas de entrevista motivacional e prática supervisionada.</p> <p>Os cuidadores foram distribuídos aleatoriamente para grupos com 4 ou 8 sessões, cada uma com duração média de 30 a 60 minutos, sendo o conteúdo das sessões adaptado conforme as necessidades individuais de cada participante.</p> <p>Durante a intervenção, os cuidadores recebiam um <i>workbook</i> contendo um diário de resolução de problemas, orientações e materiais complementares.</p> <p>A cada sessão, eram orientados a acessar o site RESCUE, onde estavam disponíveis mais de 45 fichas informativas sobre o cuidado pós-AVC, ferramentas de autogerenciamento, glossário de termos médicos, módulos de treinamento e depoimentos de outros cuidadores.</p> <p>O programa foi conduzido por uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro de transição de cuidados, médicos, farmacêutico, serviço social e reabilitação, incluindo fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.</p>
Resultados	<p>Alta adesão as intervenções; Melhora da autoeficácia. Melhor comunicação com o paciente;</p>

	Melhora emocional do cuidador; Valorização do suporte. Tendência a redução da sobrecarga e dos sintomas depressivos não apresentou significância estatística
Estudo 5	
Autor/Ano e País	Gesell, S. B. <i>et al.</i> , 2019 (EUA)
Método	Estudo de implementação do ensaio COMPASS
Nome da Transição	COMPASS-TC
Descrição da Intervenção	<p>A intervenção consistiu em um programa estruturado de transição que incluía: Contato telefônico inicial realizado entre 2 e 5 dias após a alta onde objetivava avaliar sintomas, revisar medicamentos e identificar necessidades imediatas. Consulta presencial agendada realizada de 7 a 14 dias após a alta, em ambiente ambulatorial. Conduzida por uma equipe treinada para avaliar o paciente. Utilizou-se de uma ferramenta de triagem estruturada para identificar déficits e necessidades do paciente onde foram entregues um plano de cuidados impresso, com instruções claras e objetivos de reabilitação. Acompanhamento adicional por telefone ou presencialmente, conforme necessidade identificada.</p> <p>Equipe envolvida: Enfermeiros de cuidados de transição Médicos de atenção primária Especialistas em AVC Profissionais de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia) e assistentes sociais.</p>
Resultados	<p>Melhoria na experiência do paciente. Aumento na realização da visita de acompanhamento onde notou-se maior taxa de comparecimento à consulta pós alta entre 7 e 14 dias. Identificação precoce de complicações. Melhora na adesão ao plano de cuidado. Integração do cuidado. Redução nas readmissões hospitalares.</p>
Estudo 6	
Autor/Ano e País	Deng <i>et al.</i> , 2020 (China)
Método	Ensaio clínico randomizado
Nome da Transição	<i>Integrated Transitional Care Program</i>
Descrição da Intervenção	A intervenção incluiu visitas domiciliares realizadas três vezes por semana durante

	<p>o primeiro mês e uma vez por semana no segundo mês. Entre as visitas, foram realizadas chamadas telefônicas para acompanhamento contínuo.</p> <p>As ações envolveram reabilitação motora e funcional no domicílio, reconciliação medicamentosa como estratégia de segurança do paciente e educação em saúde direcionada ao paciente e ao cuidador.</p> <p>A equipe multiprofissional responsável pela intervenção foi composta por médico generalista, enfermeiro, terapeuta reabilitacional, neurologista e assistente social.</p>
Resultados	<p>Houve melhora significativa na funcionalidade.</p> <p>Verificou-se um aumento na qualidade de vida dos participantes ao longo do acompanhamento.</p> <p>Observou-se redução da sobrecarga dos cuidadores, indicando impacto positivo também no bem-estar da rede de apoio do paciente.</p> <p>A intervenção favoreceu maior continuidade do cuidado após a alta hospitalar, fortalecendo a transição entre os níveis de atenção.</p> <p>Houve melhora na comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado, promovendo integração entre os diferentes níveis da rede assistencial.</p> <p>Pacientes e cuidadores relataram percepção positiva em relação ao programa, destacando a relevância das orientações recebidas e do suporte multiprofissional.</p>
Estudo 7	
Autor/Ano e País	Towfighi <i>et al.</i> , 2020 (EUA)
Método	Estudo piloto randomizado (quantitativo e qualitativo)
Nome da Transição	HEALS – <i>Healthy Eating and Lifestyle after Stroke</i>
Descrição da Intervenção	<p>O programa contou com seis sessões semanais, com duração de duas horas cada, realizadas em grupo e conduzidas por terapeutas ocupacionais.</p> <p>A intervenção envolveu apresentações educativas sobre alimentação saudável e atividade física, além de discussões em grupo para a troca de experiências.</p> <p>Foram estabelecidas metas individuais de autocuidado, e as sessões incluíram</p>

	<p>atividades práticas, como preparo de alimentos, sessões de yoga adaptada e caminhadas em grupo.</p> <p>Utilizaram-se ferramentas de autogerenciamento, entre elas: pedômetro, diário alimentar e fichas educativas.</p> <p>A equipe responsável foi composta por terapeutas ocupacionais e um coordenador de projeto.</p>
Resultados	<p>Os participantes relataram melhorias nos hábitos de vida.</p> <p>Maior valorização do suporte recebido durante a intervenção e sugeriram a ampliação da duração do programa, bem como a inclusão de outros membros da família no processo.</p> <p>Algumas limitações foram identificadas, como a elevada taxa de não adesão, a curta duração da intervenção, a heterogeneidade da amostra e o número reduzido de participantes, fatores que podem ter influenciado nos resultados obtidos.</p>
Estudo 8	
Autor/Ano e País	Hou <i>et al.</i> , (2021), EUA
Método	Estudo de comunicação científica com base no ensaio COMPASS
Nome da Transição	COMPASS – <i>Comprehensive Post-Acute Stroke Services</i>
Descrição da Intervenção	<p>O modelo incluiu visita pós-alta entre 7 e 14 dias, conduzida por profissional de prática avançada, e contatos telefônicos aos 2, 30 e 60 dias, feitos por enfermeiro coordenador.</p> <p>Foi realizada uma avaliação multidimensional de risco para elaboração de um plano de cuidados personalizado, com suporte do aplicativo, que também fornecia acesso a serviços comunitários.</p>
Resultados	Melhora no controle da pressão arterial. Barreiras à adesão. Recomendação por maior integração dos serviços e incentivos estruturais.
Estudo 9	
Autor/Ano e País	Markle-Reid, M. <i>et al.</i> , 2023 (Canadá)
Método	Ensaio clínico randomizado pragmático, multicêntrico
Nome da Transição	<i>TCSI – Transitional Care Stroke Intervention</i>

Descrição da Intervenção	<p>Modelo virtual de 6 meses com visitas mensais realizadas por uma equipe interprofissional.</p> <p>A intervenção iniciava uma com ligação telefônica em até 48 horas após a alta hospitalar.</p> <p>As visitas virtuais mensais seguiam um plano de cuidado centrado no paciente voltado especificamente para idosos com AVC e múltiplas comorbidades com atuação integrada da equipe interprofissionais.</p>
Resultados	<p>Melhoria significativa na função física, na autogestão e na experiência do paciente.</p> <p>Não houve diferença em readmissões hospitalares ou nos custos totais.</p> <p>Alta aceitabilidade (93%) e adesão (88%). Sem impacto em readmissões ou custos.</p>
Estudo 10	
Autor/Ano e País	Duncan <i>et al.</i> , 2020 (EUA)
Método	Ensaio clínico pragmático, randomizado por clusters
Nome da Transição	COMPASS-TC
Descrição da Intervenção	<p>A intervenção inclui contato telefônico em até 2 dias úteis após a alta hospitalar.</p> <p>Consulta ambulatorial entre 7 e 14 dias após a alta hospitalar.</p> <p>Foram aplicadas avaliações clínicas padronizadas sobre determinantes sociais e funcionais da saúde.</p> <p>Elaboração de um plano de cuidados individualizado por meio do sistema COMPASS-CP (Care Plan) onde o foco foi centrado em: educação sobre o AVC, prevenção secundária, reabilitação e recuperação.</p> <p>Encaminhamentos a recursos comunitários. Apoio ao cuidador.</p> <p>Distribuição de material educativo.</p> <p>Apoio adicional às equipes: Treinamento de 2 dias com equipe interdisciplinar.</p> <p>Relatórios mensais de desempenho.</p> <p>Consultoria e suporte contínuo por telefone e e-mail.</p>
Resultados	<p>A intervenção COMPASS-TC, embora teoricamente robusta e centrada no paciente, não produziu efeito significativo no estado funcional aos 90 dias na análise por intenção de tratar.</p>

	<p>A baixa adesão à intervenção e dificuldades práticas de implementação nos hospitais limitaram sua eficácia.</p> <p>A única melhoria clara foi no monitoramento domiciliar da pressão arterial.</p>
Estudo 11	
Autor/Ano e País	Bollinger, R. M. <i>et al.</i> , 2024 (EUA)
Método	Ensaio clínico randomizado (fase 2b)
Nome da Transição	COMPASS – <i>Community Participation Transition After Stroke</i>
Descrição da Intervenção	<p>Programa com visitas domiciliar pré alta</p> <p>Modificações domiciliares e equipamentos adaptativos onde foram instalados antes e após a alta rampas, bancos de banho, barras de apoio e iluminação adicional</p> <p>Treinamento estratégico ensinados estratégias para superar barreiras</p> <p>Sessões de acompanhamento pós alta com 4 visitas sendo reforçada com estratégias e usos das adaptações</p> <p>Grupo controle onde receberam apenas 4 sessões educativas com foco em educação sobre AVC, prevenção, nutrição, sono, dor, apoio social.</p>
Resultados	<p>O programa COMPASS não melhorou a participação comunitária de forma significativa comparado ao controle, mas proporcionou melhor desempenho e maior satisfação com atividades de vida diária e reduziu mais as barreiras ambientais.</p> <p>É considerado promissor para apoiar a transição de pacientes com AVC da reabilitação hospitalar para a vida em casa.</p>
Estudo 12	
Autor/Ano e País	Flink, M. <i>et al.</i> , 2021 (Suécia)
Método	Estudo de viabilidade controlado, não randomizado
Nome da Transição	Modelo Rainbow
Descrição da Intervenção	<p>Foram utilizados materiais informativos personalizados composto por vídeos com informações gerais sobre reabilitação domiciliar.</p> <p>Momentos de encontros entre equipe hospitalar e paciente para identificar as necessidades gerando assim um plano de coordenação de reabilitação.</p>

	<p>Chamadas de Videoconferência sendo o primeiro contato e momento para organizar o plano de reabilitação.</p> <p>Método <i>teach-back</i> que consiste em uma comunicação interativa com o paciente</p> <p>Utilizado sistema de mensagens seguras para garantir a continuidade, esclarecer dúvidas e alinhar condutas.</p>
Resultados	<p>Maior satisfação com a transição de cuidado</p> <p>Melhor literacia em saúde.</p> <p>Melhor adesão medicamentosa</p> <p>Redução da ansiedade, fadiga e depressão</p> <p>Houve melhoras na qualidade de vida relacionada a saúde</p> <p>Redução na utilização dos serviços em saúde.</p>
Estudo 13	
Autor/Ano e País	Lindblom, S. <i>et al.</i> , 2024 (Suécia)
Método	Estudo de viabilidade controlado, não randomizado
Nome da Transição	<i>Supported care transition intervention</i>
Descrição da Intervenção	<p>Foram utilizados modos de informação com vídeos informativos sobre reabilitação, folhetos impressos com Qr Code explicando o processo e contendo contatos úteis.</p> <p>Carta de alta individualizada contendo informações sobre diagnóstico, tratamento orientações pós alta e lista de medicamentos.</p> <p>Conversas centradas nas preferências e preocupações dos pacientes realizada antes da alta.</p> <p>Reuniões virtuais para alinhar cuidados.</p>
Resultados	<p>A intervenção mostrou melhora apenas na percepção da transição de cuidados; demais desfechos (literacia, adesão, funcionalidade) não tiveram diferença significativa.</p> <p>O número de participantes foi pequeno e algumas coletas dependiam de autorrelato ou autoenvio de formulários.</p> <p>Limitações: baixa adesão às reuniões virtuais</p>
Estudo 14	
Autor/Ano e País	Lin <i>et al.</i> , 2020 (China)

Método	Ensaio clínico randomizado, paralelo, cego para o avaliador
Nome da Transição	<i>Hospital to home transition care</i>
Descrição da Intervenção	<p>A intervenção teve duração de 12 semanas e foi organizada em duas etapas: a primeira ocorreu ainda no hospital, antes da alta, e a segunda foi realizada após a alta, no acompanhamento ambulatorial. Durante o período de internação, o paciente e seu cuidador participavam de sessões individuais com um enfermeiro treinado, que atuava como coach de saúde. Nessas sessões, eram definidas metas personalizadas para a transição do cuidado, elaborado um plano funcional individualizado e discutidas estratégias para prevenção de complicações, como quedas, infecções e um segundo AVC. Além disso, os participantes recebiam um diário de autocuidado, onde podiam anotar suas atividades, dúvidas e avanços no cuidado.</p> <p>Depois da alta, o acompanhamento continuava com ligações telefônicas semanais, nas quais o enfermeiro oferecia apoio, escutava dúvidas, orientava e ajudava os participantes a manterem o foco nas metas estabelecidas. A cada duas semanas, também havia encontros presenciais no ambulatório, onde paciente e cuidador levavam o diário preenchido e discutiam com o enfermeiro os desafios enfrentados, recebiam novas orientações e reforço educativo.</p>
Resultados	A intervenção mostrou melhora na autoeficácia, qualidade de vida, funcionalidade, conhecimento sobre AVC, redução de eventos adversos e carga do cuidador.
Estudo 15	
Autor/Ano e País	Qian <i>et al.</i> , 2019 (China)
Método	Quase-experimental com grupo controle
Nome da Transição	<i>Transitional nursing care mode</i>
Descrição da Intervenção	Educação em turma reduzida uma semana antes da alta hospitalar; uso de diário personalizado para acompanhamento; contato telefônico uma semana após a alta; e visita domiciliar na

	quarta semana pós-alta. Além disso, monitoramento contínuo da adesão ao tratamento, com suporte às atividades de reabilitação e ao autocuidado.
Resultados	A intervenção mostrou que houve melhora significativa na adesão dos pacientes ao treinamento, ao estilo de vida saudável e aos retornos clínicos, além de avanços na qualidade de vida subjetiva, função manual (avaliada pelo NHPT) e satisfação com os cuidados de enfermagem. No entanto, não foram observadas diferenças significativas na funcionalidade (medida pelo Índice de Barthel), nem nas taxas de reinternações ou atendimentos de emergência.

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

A partir da análise dos estudos que abordam as intervenções de cuidado transicional aplicadas a pacientes pós-acidente vascular cerebral (AVC), revelou resultados consistentes quanto aos benefícios gerados por essas práticas no contexto assistencial. De maneira geral, observou-se que tais intervenções impactam positivamente, sobretudo, na qualidade de vida, na adesão ao tratamento, na funcionalidade e na satisfação tanto dos pacientes quanto de seus cuidadores.

Dados consolidados apontam que 73% dos estudos analisados evidenciaram melhorias na qualidade de vida dos pacientes, enquanto 66% relataram aumento na adesão aos planos terapêuticos. Além disso, melhorias na satisfação com o cuidado foram citadas em 66% dos trabalhos, e avanços na funcionalidade foram destacados em 46% deles. Por outro lado, a redução das taxas de readmissão hospitalar mostrou-se um desafio, sendo alcançada em apenas 13% dos estudos revisados.

No que diz respeito à distribuição geográfica das publicações, constatou-se uma predominância significativa de pesquisas conduzidas em países desenvolvidos. Os Estados Unidos lideram com 53,3% dos estudos, seguidos pela China, com 20%, Suécia com 13,3% e Canadá com 6,6%. Esse dado reforça que a maior parte das evidências disponíveis foi produzida em contextos onde há maior estruturação dos sistemas de saúde, como é o caso dos modelos norte-americanos, a exemplo do *COMPASS* e do *Transitional Care Model (TCM)*, que são amplamente implementados no referido contexto.

Em relação à distribuição temporal, percebe-se uma crescente produção científica a partir dos últimos anos, com destaque para o ano de 2020, que concentrou

33,3% das publicações analisadas. Este aumento pode ser justificado, em parte, pela necessidade de fortalecimento dos cuidados em saúde durante o período pandêmico, que expôs fragilidades no acompanhamento de pacientes após a alta hospitalar. Outros períodos de maior produção incluem os anos de 2019 (20%) e 2021 (13,3%), enquanto anos anteriores, como 2015 e 2017, apresentam registros pontuais, indicando que a temática ganhou maior visibilidade e relevância na última década.

As intervenções analisadas, apesar de distintas entre si, apresentam elementos em comum. Entre as práticas mais recorrentes, destacam-se as visitas domiciliares, presentes em 73% dos estudos, e o acompanhamento remoto estruturado, seja por telefone ou plataformas digitais, utilizado em 66% das intervenções. Outro recurso amplamente empregado é a revisão medicamentosa associada à educação em saúde, evidenciada em 80% dos estudos.

As demais estratégias como treinamento de pacientes e cuidadores, visando fortalecer o autocuidado e prevenir complicações, foram adotadas em 60% dos casos. Praticamente todos os modelos (86%) apresentaram a elaboração de planos terapêuticos individualizados, centrados nas necessidades do paciente, sempre com o suporte de equipes multiprofissionais, nas quais enfermeiros de prática avançada frequentemente assumem papel central na condução do cuidado.

Apesar das semelhanças, foram identificadas importantes divergências entre os modelos. Essas diferenças residem, principalmente, na intensidade, duração e formato das intervenções, que podem ser presenciais, remotas ou híbridas. Estudos desenvolvidos na Suécia, por exemplo, priorizam o uso de tecnologias digitais, com intervenções menos presenciais, diferindo de modelos norte-americanos, que costumam combinar acompanhamento presencial com suporte telefônico regular.

As divergências também se estendem aos desfechos, uma vez que a efetividade das intervenções na redução de readmissões hospitalares ainda é inconclusiva, sendo observada apenas em modelos mais robustos, como o *COMPASS-TC* e o *TCM*. Além disso, alguns autores relatam desafios relacionados à adesão dos pacientes e às dificuldades operacionais, especialmente em intervenções mais complexas, o que impacta diretamente a sustentabilidade e a efetividade dos modelos.

Ao aprofundar a análise, foi possível identificar importantes limitações que permeiam os estudos avaliados. A principal refere-se à heterogeneidade dos modelos, que variam em termos de composição da equipe, duração das intervenções,

frequência dos contatos e recursos utilizados, o que dificulta tanto a comparação entre eles quanto a generalização dos achados. Soma-se a isso a ausência de uma avaliação crítica mais rigorosa da qualidade metodológica dos estudos, uma vez que muitos não seguem integralmente os critérios preconizados por instituições como o *Joanna Briggs Institute* (JBI) para revisões de escopo.

Outro ponto limitante é o predomínio de estudos desenvolvidos em países de alta renda, o que compromete a aplicabilidade desses modelos em contextos de maior vulnerabilidade, como os de países de baixa e média renda.

Além disso, os próprios estudos originais apresentam fragilidades, como tamanho da amostra reduzido, elevada taxa de não adesão, barreiras operacionais para implementação dos modelos, tempo de seguimento curto e, em muitos casos, ausência de análise econômica, o que impede uma avaliação mais robusta da viabilidade financeira dessas intervenções.

Também se destaca a possibilidade de viés de publicação, visto que estudos com resultados negativos ou neutros tendem a ser menos divulgados, o que pode superestimar os benefícios das intervenções reportadas. A concentração de desfechos no curto prazo é outro aspecto limitante, uma vez que poucos estudos investigam os impactos no médio e longo prazo, sobretudo no que se refere à sustentabilidade das ações implementadas.

Por outro lado, é importante ressaltar as potencialidades identificadas no conjunto dos estudos analisados. A primeira delas diz respeito à consolidação de um panorama abrangente sobre as intervenções de cuidado transicional no contexto pós-AVC, o que permite a sistematização de conhecimentos anteriormente dispersos. Outra contribuição relevante é a descrição detalhada dos principais modelos, como o *COMPASS*, o *TCM* e o *Michigan Stroke Transitions Trial (MISTT)*, apresentando suas características, componentes e aplicabilidades, o que oferece suporte tanto para a prática clínica quanto para a formulação de políticas públicas e a gestão dos serviços de saúde.

Destaca-se ainda que os achados possuem elevada relevância social, especialmente diante do envelhecimento populacional e da alta incidência de AVC, cenário que exige estratégias eficazes para garantir a continuidade do cuidado e melhorar os indicadores de qualidade de vida. A organização dos resultados por meio de quadros, tabelas e mapas visuais também se apresenta como uma potencialidade, facilitando tanto a compreensão dos dados quanto sua utilização na prática

profissional.

A análise também possibilitou a identificação de importantes lacunas no conhecimento, que direcionam as agendas de futuras pesquisas. Entre as principais, destaca-se a necessidade de desenvolver estudos em países de baixa e média renda, considerando as especificidades desses contextos. Além disso, há uma carência significativa de estudos que incorporem análise de custo-efetividade, o que é essencial para avaliar a viabilidade das intervenções em diferentes realidades. Também se faz necessária a ampliação do uso de tecnologias digitais, como aplicativos móveis, tele saúde e inteligência artificial, visando tornar as intervenções mais acessíveis e sustentáveis.

Outro aspecto que merece atenção é a necessidade de padronizar os modelos de intervenção, criando protocolos bem definidos que permitam maior comparabilidade entre os estudos e, conseqüentemente, maior escalabilidade das práticas. Recomenda-se ainda que futuras pesquisas ampliem a investigação sobre os efeitos das intervenções nos desfechos psicossociais, como estresse, ansiedade, depressão e qualidade de vida, tanto dos pacientes quanto dos seus cuidadores. Igualmente relevante é o desenvolvimento de estudos longitudinais, capazes de acompanhar os pacientes por períodos mais prolongados, avaliando não apenas os desfechos clínicos e funcionais, mas também os aspectos emocionais e sociais associados ao processo de reabilitação.

Diante do exposto, fica evidente que as intervenções de cuidado transicional para pacientes pós-AVC possuem um papel estratégico na melhoria dos resultados em saúde, embora ainda existam desafios significativos no que se refere à sua implementação, avaliação e sustentabilidade. Superar essas barreiras requer não apenas o fortalecimento das evidências científicas, mas também investimentos em políticas públicas, capacitação de profissionais e desenvolvimento de modelos que sejam adaptáveis, acessíveis e financeiramente viáveis para diferentes realidades

6 DISCUSSÕES

6.1 Impactos das Intervenções

As intervenções de cuidado transicional têm demonstrado benefícios significativos na qualidade de vida, adesão ao tratamento, funcionalidade e satisfação de pacientes e cuidadores após o AVC. Uma revisão sistemática recente destacou que programas educacionais e informativos, como coaching em saúde, visitas domiciliares e acompanhamento telefônico, melhoram a funcionalidade física, a qualidade de vida e a autoeficácia dos sobreviventes de AVC, além de reduzir a sobrecarga dos cuidadores (Veronese *et al.*, 2025).

Intervenções lideradas por enfermeiros também mostraram eficácia na redução das taxas de readmissão hospitalar e visitas não programadas ao pronto-socorro, além de melhorias na qualidade de vida dos pacientes (Sakashita *et al.*, 2025). Essas intervenções, que incluem acompanhamento telefônico e educação focada na autogestão, são eficazes na redução das readmissões hospitalares ao longo de períodos mais longos de acompanhamento.

No entanto, a redução das taxas de readmissão hospitalar permanece um desafio. Uma revisão sistemática indicou que, embora as intervenções de cuidado transicional reduzam as readmissões em pacientes idosos, o impacto varia ao longo do tempo e depende da qualidade dos estudos (Hansen *et al.*, 2021). Além disso, a heterogeneidade dos modelos de cuidado transicional dificulta a padronização de práticas eficazes.

O envolvimento de cuidadores no processo de reabilitação é fundamental. Programas que capacitam cuidadores e promovem seu bem-estar têm mostrado benefícios tanto para os pacientes quanto para os próprios cuidadores (Veronese *et al.*, 2025). Equipes multiprofissionais, incluindo enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, desempenham um papel essencial na implementação eficaz das intervenções de cuidado transicional.

6.2 Desigualdade Geográfica

A análise da literatura revela uma predominância significativa de estudos sobre intervenções de cuidado transicional pós-acidente vascular cerebral (AVC) conduzidos em países de alta renda. Essa concentração geográfica levanta

preocupações quanto à generalização dos resultados e à aplicabilidade desses modelos em contextos de países de baixa e média renda (PBMR).

Em países desenvolvidos, os sistemas de saúde são geralmente mais estruturados, com recursos adequados e equipes multiprofissionais capacitadas, o que facilita a implementação de modelos complexos de cuidado transicional. Por exemplo, unidades de AVC bem estabelecidas, equipes interdisciplinares e programas de alta precoce com suporte domiciliar são comuns nesses países, contribuindo para melhores desfechos clínicos e funcionais (Langhorne *et al.*, 2020).

Por outro lado, PBMR enfrentam desafios significativos que dificultam a adoção direta desses modelos. A escassez de profissionais especializados, a falta de infraestrutura adequada, limitações financeiras e barreiras geográficas são obstáculos frequentes. Além disso, a ausência de diretrizes nacionais adaptadas à realidade local e a baixa priorização dos serviços de reabilitação agravam a situação (Saylor *et al.*, 2023).

A implementação de modelos de cuidado transicional em PBMR requer adaptações que considerem as especificidades desses contextos. Intervenções de baixo custo, como programas de reabilitação baseados na comunidade, uso de tecnologias móveis para tele-reabilitação e capacitação de cuidadores informais, têm mostrado potencial para melhorar os desfechos pós-AVC nesses países (Ekechukwu *et al.*, 2020).

Portanto, é fundamental que futuras pesquisas incluam PBMR, desenvolvendo e testando intervenções adaptadas às suas realidades. A colaboração internacional e o compartilhamento de conhecimentos podem contribuir para a criação de modelos sustentáveis e eficazes de cuidado transicional, promovendo a equidade no tratamento e na reabilitação de pacientes pós-AVC em diferentes contextos socioeconômicos.

6.3 Heterogeneidade dos Modelos

A análise dos modelos de cuidado transicional para pacientes pós-acidente vascular cerebral (AVC) revela uma significativa heterogeneidade em termos de composição das equipes, intensidade, duração e formato das intervenções. Essa variabilidade dificulta a padronização e a comparação dos resultados entre os estudos, comprometendo a identificação de componentes essenciais para o sucesso das intervenções.

A composição das equipes varia desde abordagens uniprofissionais, centradas em enfermeiros, até equipes multiprofissionais que incluem fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e assistentes sociais. A intensidade e a duração das intervenções também são inconsistentes, com programas que vão desde contatos únicos até acompanhamentos prolongados por vários meses. Além disso, os formatos de entrega diferem, com alguns modelos priorizando visitas domiciliares, enquanto outros utilizam tecnologias de telemedicina para monitoramento remoto (Costa *et al.*, 2024).

Essa variabilidade impede a realização de comparações robustas entre os estudos e a identificação de componentes essenciais para o sucesso das intervenções. A falta de padronização também dificulta a replicação dos modelos em diferentes contextos e a avaliação de sua eficácia em larga escala.

Portanto, é fundamental o desenvolvimento de diretrizes que estabeleçam componentes essenciais e padrões mínimos para as intervenções de cuidado transicional pós-AVC. Isso permitirá a realização de estudos comparativos mais consistentes, facilitará a implementação de programas eficazes em diversos contextos e contribuirá para a melhoria dos desfechos clínicos e funcionais dos pacientes.

6.4 Limitações Metodológicas nos Estudos sobre Cuidado Transicional Pós-AVC

A análise crítica dos estudos sobre intervenções de cuidado transicional para pacientes pós-acidente vascular cerebral (AVC) revela diversas limitações metodológicas que comprometem a robustez e a generalização dos achados.

Uma das principais fragilidades identificadas é a ausência de avaliação rigorosa da qualidade metodológica dos estudos. Muitos trabalhos não seguem integralmente os critérios estabelecidos por instituições como o *Joanna Briggs Institute* (JBI), o que dificulta a comparação entre os modelos e a generalização dos resultados (Costa *et al.*, 2024).

Além disso, a predominância de estudos com amostras pequenas e alta taxa de não adesão dos participantes limita a validade interna e externa das pesquisas. A escassez de participantes e o abandono ao longo do estudo podem introduzir vieses significativos, comprometendo a confiabilidade dos resultados (Ekechukwu *et al.*, 2020).

Outro aspecto crítico é o viés de publicação, onde estudos com resultados negativos ou neutros tendem a ser menos divulgados. Essa tendência pode superestimar os benefícios das intervenções reportadas, oferecendo uma visão distorcida da eficácia real dos modelos de cuidado transicional (Saylor *et al.*, 2023).

Adicionalmente, observa-se um foco excessivo em desfechos de curto prazo, com poucos estudos avaliando os impactos das intervenções no médio e longo prazo. Essa limitação impede a compreensão da sustentabilidade e dos efeitos duradouros das práticas implementadas. A falta de análises econômicas também é notável, dificultando a avaliação da viabilidade financeira e da relação custo-benefício das intervenções, especialmente em contextos de recursos limitados (Costa *et al.*, 2024).

Portanto, é imperativo que futuras pesquisas sobre cuidado transicional pós-AVC adotem metodologias mais rigorosas, com amostras representativas, avaliação crítica da qualidade dos estudos, consideração de desfechos a longo prazo e inclusão de análises econômicas. Tais medidas são essenciais para fortalecer as evidências científicas e orientar a implementação de modelos eficazes e sustentáveis de cuidado transicional em diferentes contextos socioeconômicos.

6.5 Potencialidades para a Prática Clínica e Políticas Públicas

As intervenções de cuidado transicional para pacientes pós-acidente vascular cerebral (AVC) apresentam potencialidades relevantes para a prática clínica e para a formulação de políticas públicas em saúde. Os modelos analisados, como o COMPASS, o *Transitional Care Model* (TCM) e o *Michigan Stroke Transitions Trial* (MISTT), oferecem abordagens estruturadas que podem ser adaptadas para diferentes realidades, desde sistemas de saúde altamente organizados até contextos com recursos limitados (Ekechukwu *et al.*, 2020; Saylor *et al.*, 2023).

Tais modelos se destacam pela flexibilidade em sua implementação. O COMPASS, por exemplo, combina visitas presenciais com suporte telefônico, permitindo o acompanhamento próximo do paciente mesmo em áreas com dificuldades de acesso a serviços especializados (Ekechukwu *et al.*, 2020).

Já o TCM enfatiza o papel da enfermagem de prática avançada na coordenação do cuidado e na transição segura do hospital para o domicílio, o que se alinha bem a sistemas que buscam integrar cuidados em diferentes níveis de atenção (Saylor *et al.*, 2023). O MISTT, por sua vez, utiliza estratégias de educação para

pacientes e cuidadores, aliadas a telemonitoramento, o que amplia as possibilidades de adaptação em cenários de baixa e média renda (Costa *et al.*, 2024).

Outro ponto central é a relevância das equipes multiprofissionais na implementação das intervenções de cuidado transicional. Estudos demonstram que a integração de profissionais como enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais favorece a continuidade do cuidado e o atendimento integral às necessidades dos pacientes (Saylor *et al.*, 2023).

A enfermagem de prática avançada, em especial, destaca-se como uma figura estratégica na coordenação das ações, na educação em saúde e na monitorização clínica, sendo essencial para a efetividade dos modelos em diferentes realidades (Costa *et al.*, 2024).

Portanto, a adaptação de modelos bem-sucedidos como o *COMPASS*, o *TCM* e o *MISTT* para diferentes cenários considerando os recursos disponíveis, a organização dos serviços e as necessidades locais representa uma oportunidade concreta para melhorar os desfechos de saúde pós-AVC. Além disso, fortalecer o papel da enfermagem de prática avançada e promover a atuação de equipes multiprofissionais são estratégias promissoras para garantir a sustentabilidade e a eficiência dessas intervenções, tanto em países desenvolvidos quanto em contextos de baixa e média renda.

6.6 Perspectivas Futuras

A necessidade de novas pesquisas em países de baixa e média renda (PBMR) torna-se evidente diante do cenário alarmante descrito na literatura. Apesar de concentrarem 75% das mortes e 81% da incapacidade causada por Acidente Vascular Cerebral (AVC) no mundo, esses países ainda apresentam estruturas frágeis para garantir um cuidado continuado e eficaz após a fase aguda do evento (Pandian *et al.*, 2020). Em muitos contextos a maioria dos pacientes nos PBMR sequer tem acesso a unidades de AVC, fisioterapia regular ou avaliação funcional básica, como de deglutição e mobilidade.

Além disso, menos de 40% dos pacientes realizam qualquer forma de reabilitação após a alta hospitalar, e a presença de profissionais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos é extremamente limitada ou inexistente em diversas regiões (Owolabi *et al.*, 2020). Esse quadro é agravado pela ausência de suporte comunitário, pela baixa disponibilidade de medicamentos para prevenção

secundária e pelo abandono precoce do tratamento, especialmente entre indivíduos com menor nível socioeconômico (Pandian *et al.*, 2020).

Somam-se a essas barreiras estruturais os fatores culturais e sociais que dificultam a implementação de estratégias padronizadas, como a preferência por curandeiros locais, a baixa percepção dos sintomas e o atraso médio superior a 17 horas para buscar atendimento em locais como Etiópia e Nigéria (Pandian *et al.*, 2020).

Esses dados não apenas evidenciam a magnitude do problema, mas reforçam o quanto é essencial que se conduzam estudos específicos nos PBMR não apenas para testar intervenções criadas em países ricos, mas para criar soluções próprias, culturalmente sensíveis e economicamente viáveis, capazes de oferecer continuidade do cuidado em ambientes com infraestrutura limitada. Avançar nessa direção não é apenas uma necessidade científica, mas uma questão de equidade e justiça social em saúde. (Pandian *et al.*, 2020; Owolabi *et al.*, 2020).

A escassez de recursos financeiros nesses países impõe um desafio adicional à implementação de modelos de reabilitação pós-AVC. Nesse contexto, a incorporação de análises de custo-efetividade nas pesquisas futuras torna-se essencial, a fim de avaliar não apenas os benefícios clínicos das intervenções, mas também sua viabilidade econômica nos diversos contextos assistenciais (Anderson *et al.*, 2000; Saywell *et al.*, 2021).

O estudo de Anderson *et al.*, (2000), por exemplo, comparou a reabilitação domiciliar com a hospitalar e demonstrou que a primeira, além de apresentar eficácia funcional semelhante, gerou economia média de US\$ 2.013 por paciente em seis meses. De forma complementar, Saywell *et al.*, (2021) avaliaram o uso de tecnologias simples, como chamadas telefônicas e vídeos gravados para tele reabilitação, e observaram boa adesão ao tratamento, redução de custos operacionais e ampliação do acesso para pacientes em áreas remotas.

Esses achados reforçam que, para que modelos de cuidado transicional sejam sustentáveis e aplicáveis em larga escala, sobretudo em regiões com limitações orçamentárias, é fundamental que as estratégias sejam analisadas sob a ótica econômica, incorporando avaliações sistemáticas de custo-efetividade e custo-benefício nos protocolos de pesquisa e nas políticas públicas. (Anderson *et al.*, 2000; Saywell *et al.*, 2021).

Diante disso, as tecnologias digitais surgem como uma alternativa promissora

para expandir o cuidado de forma acessível e eficiente. Ferramentas como inteligência artificial (IA), aplicativos móveis e dispositivos de telemonitoramento têm oferecido novas possibilidades para o acompanhamento e predição de riscos em pacientes com condições crônicas ou em transição entre níveis de cuidado. Contudo, grande parte das evidências disponíveis sobre essas tecnologias está limitada a desfechos de curto prazo. Por isso, destaca-se a necessidade de desenvolver estudos longitudinais que avaliem não apenas a eficácia imediata, mas também a manutenção dos resultados ao longo do tempo, com um horizonte temporal mínimo de 12 meses, tempo necessário para observar efeitos clínicos consistentes e mudanças sustentadas no cuidado (Rajkomar *et al.*, 2019; Esteva *et al.*, 2021).

A justificativa para esse período prolongado se baseia na complexidade dos desfechos envolvidos no cuidado pós-AVC. Tecnologias como aplicativos de acompanhamento, sensores corporais e ferramentas de IA podem apresentar resultados iniciais promissores, mas ainda carecem de validação em estudos com seguimento adequado, amostras representativas e aplicabilidade prática em contextos desafiadores (Esteva *et al.*, 2021; Rajkomar *et al.*, 2019).

Entre as propostas mais viáveis para estudos longitudinais em saúde, destacam-se os aplicativos com funções educativas e lembretes personalizados, sensores vestíveis para monitoramento contínuo de sinais vitais e sistemas inteligentes de alerta. Essas ferramentas, quando integradas a protocolos clínicos e utilizadas por equipes multiprofissionais, têm potencial para fortalecer a continuidade do cuidado e reduzir eventos adversos (Esteva *et al.*, 2021).

Por outro lado, a adoção dessas tecnologias em estudos de longa duração envolve desafios importantes. A adesão dos participantes tende a diminuir com o tempo, especialmente se os dispositivos não forem intuitivos ou exigirem interação frequente. Há ainda preocupações com a confiabilidade dos dados coletados, que dependem da calibração dos sensores e da estabilidade das conexões tecnológicas, além das exigências em torno da proteção de dados sensíveis — que requerem políticas de segurança e governança adaptadas às realidades locais (Esteva *et al.*, 2021; Rajkomar *et al.*, 2019).

Portanto, para que os avanços tecnológicos cumpram seu potencial no contexto do cuidado pós-AVC, é indispensável que sejam avaliados em estudos estruturados e de longo prazo, com atenção à sua aplicabilidade prática, à segurança dos dados e à efetividade sustentada das intervenções. Esses cuidados são ainda

mais relevantes quando se busca implementar soluções em países de baixa e média renda, onde a equidade e a eficiência devem caminhar juntas no enfrentamento dos desafios em saúde pública. (Esteve *et al.*, 2021; Rajkomar *et al.*, 2019).

6.7 Implicações para a Sustentabilidade

Apesar dos efeitos positivos das intervenções de cuidado transicional sobre a redução de readmissões e melhoria dos desfechos em saúde, a sustentabilidade dessas ações continua sendo um desafio relevante. Fatores econômicos, operacionais e relacionados à adesão dificultam a incorporação definitiva dessas estratégias nos sistemas de saúde (Collet *et al.*, 2025; Cowie *et al.*, 2020; Landi *et al.*, 2024).

No que se refere às barreiras econômicas, evidências apontam que os custos associados à implementação e manutenção das intervenções especialmente no que tange ao monitoramento pós-alta e ao uso de tecnologias de apoio nem sempre são cobertos pelos sistemas de reembolso, o que compromete sua viabilidade a longo prazo. Estudos recentes indicam que, mesmo com impacto positivo na redução de custos totais do sistema, os gastos iniciais com pessoal, capacitação e tecnologias podem limitar a continuidade da prática. Como alternativa, tem-se recomendado a adoção de modelos financeiros híbridos, como parcerias público-privadas e incentivos por desempenho, que permitam equilibrar o investimento inicial com os benefícios esperados ao longo do tempo (Landi *et al.*, 2024).

Em relação aos desafios operacionais, foram identificadas barreiras como escassez de profissionais na atenção primária, alta rotatividade de equipes, falta de tempo para avaliação adequada no momento da alta e dificuldades de comunicação entre os diferentes níveis assistenciais (Collet *et al.*, 2025).

Tais entraves foram amplamente descritos em revisões sobre implementação de cuidados transicionais, demonstrando que recursos humanos limitados e sobrecarga institucional comprometem a adesão e a continuidade das intervenções. Diante disso, uma das recomendações envolve a redistribuição de tarefas entre os membros da equipe multiprofissional, uso ampliado de ferramentas digitais e melhor articulação entre hospital e atenção básica para garantir continuidade e efetividade do cuidado (Collet *et al.*, 2025).

Outro ponto crítico é a aderência dos profissionais às intervenções propostas.

Conforme demonstrado por Cowie *et al.*, (2020), a falta de clareza nas responsabilidades, ausência de lideranças clínicas engajadas e baixa integração com a cultura institucional foram apontadas como obstáculos recorrentes à sustentabilidade. Cowie *et al.*, (2020) reforçam ainda que a implementação sustentável exige lideranças ativas, definição de papéis e apoio organizacional estruturado, além de mecanismos que estimulem a apropriação da intervenção pela equipe.

Por fim, o contexto institucional e geográfico exerce forte influência sobre a viabilidade de manter essas práticas. Sistemas de saúde com pouca integração entre os níveis de atenção, infraestrutura limitada e ausência de políticas de continuidade do cuidado reduzem as chances de institucionalização das intervenções (Landi *et al.*, 2024).

Nesse cenário, destaca-se a necessidade de investimentos em comunicação interinstitucional, como sistemas seguros de troca de informações e reuniões articuladas entre equipes hospitalares e da atenção primária (Collet *et al.*, 2025).

Assim, as intervenções de cuidado transicional, embora promissoras, requerem estratégias de financiamento sustentáveis, fortalecimento da capacidade operacional dos serviços e adesão institucional e profissional, a fim de garantir sua permanência e eficácia a longo prazo (Collet *et al.*, 2025; Landi *et al.*, 2024).

O envelhecimento populacional é uma tendência crescente em escala global e tem implicado em transformações significativas no perfil de saúde da população. A elevação da expectativa de vida tem ampliado a ocorrência de doenças crônicas e degenerativas, entre as quais o acidente vascular cerebral (AVC) ocupa posição de destaque como uma das principais causas de incapacidade funcional e mortalidade entre idosos (Barbosa *et al.*, 2022). Nesse contexto, a complexidade do cuidado à pessoa com AVC exige estratégias organizadas e eficazes, especialmente no período pós-alta hospitalar, momento marcado por vulnerabilidades clínicas, funcionais e sociais que podem comprometer a continuidade assistencial.

Diante desse cenário, as intervenções de cuidado transicional têm se consolidado como uma abordagem promissora, ao buscar assegurar o acompanhamento do paciente nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Tais intervenções são particularmente relevantes após eventos agudos como o AVC, quando há risco aumentado de reinternações, complicações e descompensações clínicas caso não haja coordenação adequada do cuidado (Dourado *et al.*, 2021). A

articulação entre o cuidado hospitalar e o domiciliar, com o envolvimento de equipes multiprofissionais, possibilita a identificação precoce de necessidades e a implementação de condutas que favorecem a reabilitação integral do paciente.

Além das questões clínicas, o contexto social tem papel determinante no processo de recuperação pós-AVC. A literatura destaca que o suporte familiar, a integração com a atenção básica e o acesso a orientações claras no momento da alta são fatores que impactam diretamente na adesão ao tratamento, no autocuidado e na prevenção de complicações (Souza *et al.*, 2021). Dessa forma, intervenções de cuidado transicional que contemplem a educação em saúde, o planejamento da alta e o acompanhamento pós-hospitalar contribuem significativamente para a redução da fragmentação do cuidado, promovendo maior segurança e autonomia aos pacientes.

A atuação de enfermeiros e demais profissionais da atenção primária no acompanhamento domiciliar tem se mostrado eficaz em diversos estudos. Programas que incluem visitas domiciliares, ligações telefônicas estruturadas e elaboração de planos individualizados demonstraram impacto positivo na funcionalidade dos pacientes, bem como na percepção de apoio por parte de cuidadores e familiares (Barbosa *et al.*, 2022). Essas ações não apenas contribuem para a continuidade do cuidado, mas também promovem uma abordagem humanizada e centrada na pessoa, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, considerando o avanço do envelhecimento populacional e a elevada carga assistencial imposta pelo AVC, torna-se imprescindível incorporar modelos de cuidado transicional à prática clínica e às políticas públicas de saúde. A efetividade dessas intervenções, comprovada por evidências recentes, reforça a necessidade de reorganização dos processos de alta e de fortalecimento das redes de cuidado, a fim de garantir um acompanhamento seguro, contínuo e integral aos pacientes idosos acometidos por eventos cerebrovasculares (Dourado *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2021; Barbosa *et al.*, 2022).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo destaca que as intervenções de cuidado transicional para pacientes pós-acidente vascular cerebral (AVC) demonstram benefícios significativos na melhoria da qualidade de vida, funcionalidade e adesão ao tratamento, além de reduzirem a sobrecarga dos cuidadores. As estratégias que envolvem acompanhamento telefônico, visitas domiciliares e programas educativos, especialmente lideradas por enfermeiros de prática avançada e equipes multiprofissionais, têm se mostrado eficazes na redução das taxas de readmissão hospitalar e na promoção da continuidade do cuidado.

Entretanto, a heterogeneidade dos modelos de cuidado transicional, somada às limitações metodológicas observadas na maioria dos estudos, incluindo tamanhos amostrais reduzidos, falta de padronização e viés de publicação, dificulta a comparação entre intervenções e a generalização dos resultados.

A predominância de estudos realizados em países de alta renda revela lacunas importantes em termos de aplicabilidade dessas intervenções em países de baixa e média renda (PBMR), onde barreiras estruturais e socioeconômicas, como escassez de profissionais e falta de infraestrutura, comprometem a implementação e a sustentabilidade das práticas.

As perspectivas para a prática clínica e para a formulação de políticas públicas indicam que modelos como o *COMPASS*, *TCM* e *MISTT* são adaptáveis e oferecem potencial para otimizar o cuidado pós-AVC, desde que sejam ajustados à realidade local e contemplem tecnologias digitais e abordagens de baixo custo, como telemonitoramento e capacitação de cuidadores. Além disso, a implementação de modelos financeiros híbridos, parcerias público-privadas e estratégias de redistribuição de tarefas entre as equipes podem contribuir para superar barreiras operacionais e econômicas, favorecendo a sustentabilidade das intervenções.

Por fim, evidencia-se a necessidade urgente de pesquisas robustas e de longo prazo em PBMR, com foco em desfechos clínicos, funcionais, econômicos e sociais, a fim de desenvolver e validar intervenções culturalmente sensíveis e economicamente viáveis. Investir em estudos que incorporem análises de custo-efetividade, uso de tecnologias digitais e avaliação de impacto sustentado ao longo do tempo é fundamental para garantir a efetividade e a equidade no cuidado aos pacientes pós-AVC em diferentes contextos socioeconômicos.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M. *et al.*, Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 41, n. Spe, e20190155, 2020.
- ANDERSON, C. *et al.*, Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial II: cost minimization analysis at 6 months. *Stroke*, Dallas, v. 31, n. 5, p. 1032–1037, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1161/01.STR.31.5.1032>.
- BARBOSA, R. B. *et al.*, Modelo de cuidado transicional de enfermagem na reabilitação de pacientes com acidente vascular cerebral: estudo quase experimental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 2, p. 1–8, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/htJcMq8RDPKJ9mXzFbTcchL>. Acesso em: 8 jun. 2025.
- BRASIL. Organização Mundial da Saúde. Acidente Vascular Cerebral. Brasília: OMS, 2013.
- CHOHAN, A. S.; VENKATESH, P. K.; HOW, C. H. Complicações de longo prazo do AVC e prevenção secundária: uma visão geral para médicos de atenção primária. *Singapore Medical Journal*, v. 60, n. 12, p. 616-620, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11622/smedj.2019158>. Acesso em: 28 set. 2024.
- COLLET, R. *et al.*, Facilitators, barriers, and guidance to successful implementation of multidisciplinary transitional care interventions: a qualitative systematic review using the consolidated framework for implementation research. *International Journal of Nursing Studies Advances*, v. 8, 100269, 2025.
- COLEMAN, E. A.; BOULT, C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 51, n. 4, p. 556-557, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51194.x>.
- COSTA, F. M. *et al.*, Intervenções de educação para capacitação de cuidadores de sobreviventes de acidente vascular cerebral: scoping review. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 33, e20240111, 2024.
- COWIE, J. *et al.*, The barriers and facilitators influencing the sustainability of hospital-based interventions: a systematic review. *BMC Health Services Research*, v. 20, p. 588, 2020.
- DOURADO, T. M. M. *et al.*, Cuidado transicional de enfermagem após o acidente vascular cerebral: percepção dos profissionais da atenção primária. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v. 15, e244957, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244957>. Acesso em: 8 jun. 2025.
- EKECHUKWU, E. N. D. *et al.*, Pragmatic solutions for stroke recovery and improved quality of life in low- and middle-income countries: a systematic review. *Frontiers in Neurology*, v. 11, p. 337, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00337>.
- ENDERLIN, C. A. *et al.*, Revisão de modelos e estruturas conceituais atuais para orientar a transição de cuidados em adultos mais velhos. *Geriatric Nursing*, v. 34, n. 1, p. 47–52, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.08.003>.

ESTEVA, A. *et al.*, A guide to deep learning in healthcare. *Nature Medicine*, v. 25, p. 24–29, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0316-z>.

FEIGIN, V. L.; BRAININ, M.; NORRVING, B. Organização Mundial do AVC (WSO): ficha informativa global sobre AVC 2022. *International Journal of Stroke*, v. 17, n. 4, p. 18–29, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>.

FLEMING, M. O.; HANEY, T. T. Melhorando os resultados dos pacientes com melhores transições de cuidados: o papel da saúde domiciliar. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, v. 80, p. eS2–S6, 2013. Disponível em: http://www.md-edge.com/sites/default/files/issues/articles/Fleming_CareTransitions.pdf.

HACKE, W. *et al.*, Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *New England Journal of Medicine*, v. 359, p. 1317–1329, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0804656>.

HALEY, E. C. Jr. *et al.*, Phase IIB/III trial of tenecteplase in acute ischemic stroke: results of a prematurely terminated randomized clinical trial. *Stroke*, v. 41, p. 707–711, 2010.
HANSEN, L. O. *et al.*, Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, v. 155, n. 8, p. 520–528, 2021.

HIRSCHMAN, K. B. *et al.*, Continuidade do cuidado: o modelo de cuidado transicional. *Online Journal of Issues in Nursing*, v. 20, n. 3, p. 1, 2015. Disponível em: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-20-2015/No3-Sept-2015/Continuidade-de-Cuidados-Modelo-de-Cuidados-Transicionais.html>.

JANZEN, S. *et al.*, Referral patterns of stroke rehabilitation inpatients to a model system of outpatient services in Ontario, Canada: a 7-year retrospective analysis. *BMC Health Services Research*, v. 19, p. 399, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4236-5>.
JONSON, W. *et al.*, Stroke: a global response is needed. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 94, p. 634–634A, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/9/16-181636/en/>. Acesso em: 5 out. 2024.

LANDI, S. *et al.*, Disentangling organizational levers and economic benefits in transitional care programs: a systematic review and configurational analysis. *BMC Health Services Research*, v. 24, p. 46, 2024.

LIMA, M. A. D. S. *et al.*, Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 39, e20180119, 2018.

LOERINC, L. B. *et al.*, Discharge characteristics and care transitions of hospitalized patients with COVID-19. *Healthcare (Amsterdam)*, v. 9, n. 1, p. 100512, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hjc.2020.100512>.

MAGAGNIN, A. B.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; DE BRUM, C. N. Transição do cuidado à pessoa com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Revista Rene*, v. 23, n. 1, p. 42, 2022.

MEISINGER, C. *et al.*, Efeitos de um gerenciamento de caso baseado em enfermeiros comparado ao tratamento usual entre pacientes idosos com infarto do miocárdio: resultados do estudo randomizado controlado KORINNA. *BMC Geriatrics*, v. 13, p. 115, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-115>.

OWOLABI, M. O. *et al.*, Stroke rehabilitation in low-income and middle-income countries: a call to action. *The Lancet*, London, v. 396, n. 10260, p. 1452–1462, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31313-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31313-1).

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. Barueri: Manole, 2010.

PANDIAN, J. D. *et al.*, Stroke systems of care in low-income and middle-income countries: challenges and opportunities. *The Lancet*, London, v. 396, n. 10260, p. 1443–1451, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31306-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31306-4).

PEREIRA GONÇALVES DE ARAÚJO, L. *et al.*, Principais fatores de risco para o acidente vascular encefálico e suas consequências: uma revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar Pensamento Científico*, v. 3, n. 1, 22 jul. 2017.

PORCELLO-MARRONE, L. C. *et al.*, Risk factors among stroke subtypes in Brazil. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, v. 22, n. 1, p. 32–35, jan. 2013. Disponível em: [https://strokejournal.org/article/S10523057\(11\)00150-9/fulltext](https://strokejournal.org/article/S10523057(11)00150-9/fulltext). Acesso em: 5 out. 2024.

RAJKOMAR, A. *et al.*, Machine learning in medicine. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 380, n. 14, p. 1347–1358, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1814259>. REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO. *Transições de cuidados*. Toronto: RNAO, 2014. Disponível em: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Care_Transitions_BPG.pdf.

RENNKE, S. *et al.*, Intervenções de cuidados de transição iniciadas pelo hospital como uma estratégia de segurança do paciente. *Annals of Internal Medicine*, v. 158, n. 5, p. 433–440, 2013. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00011>.

ROXA, G. N. *et al.*, Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos com AVC isquêmico submetidos a terapia trombolítica: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 1, p. 7341–7351, 2021.

THOMALLA, G. *et al.*, MRI-guided thrombolysis for stroke with unknown time of onset. *New England Journal of Medicine*, v. 379, p. 611–622, 2018.

TSAI, P. C. *et al.*, Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient Preference and Adherence*, v. 9, p. 449–457, 2015. DOI: <https://dx.doi.org/10.2147/PPA.S77713>.

VERONESE, M. *et al.*, The transitional care from hospital to home for stroke survivors and their caregivers: a systematic review. *Journal of Vascular Nursing*, v. 43, n. 2, p. 123–134, 2025.

VIEIRA, C. P. B.; FIALHO, A. V. M.; MOREIRA, T. M. M. Dissertações e teses de enfermagem sobre o cuidador informal do idoso, 1979 a 2007. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 20, n. 1, p. 160–166, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/19.pdf>. Acesso em: 5 out. 2024.

WHITE, C. L. *et al.*, Towards a better understanding of readmissions after stroke: partnering with stroke survivors and caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, v. 24, n. 7-8, p. 1091–1100, 2015. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.12739>.

WINSTEIN, C. J. *et al.*, Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 100, n. 3, p. e105–e123, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.10.017>.

WINTER, V. D. B. *et al.*, Transição de cuidado de pacientes internados por COVID-19 e sua relação com as características clínicas. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 37, p. eAPE00012, 2024.

XU, Q. *et al.*, Initial thrombolysis treatment compared with anticoagulation for acute intermediate-risk pulmonary embolism: a meta-analysis. *Journal of Thoracic Disease*, v. 7, p. 810–821, 2015. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L604853843&from=export>.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Formulário de Extração dos Aspectos Operacionais das Intervenções de Cuidado Transicional

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome de Transição	Descrição	