

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Lívia Machado Mendonça

**MODELOS E INTERVENÇÕES DE CUIDADO TRANSICIONAL APÓS O
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: *SCOPING REVIEW***

Goiânia

2017

Lívia Machado Mendonça

**MODELOS E INTERVENÇÕES DE CUIDADO TRANSICIONAL APÓS O
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: *SCOPING REVIEW***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Teorias, métodos e processos de cuidar em saúde.

Orientadora: Prof^aDr^a Vanessa da Silva Carvalho Vila

Goiânia

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

M539m

Mendonça, Lívia Machado

Modelos e intervenções de cuidados transacional após o acidente vascular cerebral[manuscrito]: scoping review/ Lívia Machado Mendonça.-- 2017.
120 f.; il. 30 cm

Texto em português com resumo em inglês
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção a Saúde, Goiânia, 2017
Inclui referências f.108-115

1. Acidente vascular cerebral - Cuidados. I.Vila, Vanessa da Silva Carvalho. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III. Título.

CDU: 616.831-009.11(043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lívia Machado Mendonça

MODELOS E INTERVENÇÕES DE CUIDADO TRANSICIONAL APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: *SCOPING REVIEW*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Aprovada em 31 de março de 2017.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Vanessa da Silva Carvalho Vila
Presidente da banca – PUC Goiás

Prof^a. Dr^a. Heliny Carneiro Cunha Neves
Membro Efetivo, Externo ao Programa – FEN/UFG

Prof^a. Dr^a. Adenicia Custodia Silva e Souza
Membro Efetivo, Interno ao Programa – PUC Goiás

Prof^a. Dr^a. Milca Severino Pereira
Membro Efetivo, Interno ao Programa – PUC Goiás

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos meus pais, Custódio (in memória) e Maria Adelina.

A todos os pacientes que sobreviveram ao Acidente Vascular Cerebral e àqueles que possam vir a sofrê-lo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a quem devo tudo que sou, por me guiar, iluminar e me dar tranquilidade e paciência para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar diante das dificuldades.

À minha amiga Prof^aDr^aVanessa da Silva Carvalho Vila, por sua dedicação, disponibilidade, carinho, conselhos e paciência em me ensinar a escrever as primeiras palavras em uma pesquisa. Obrigada pelas orientações e pelos conselhos não somente para construção deste estudo, mas por ter me permitido acreditar na minha capacidade e enfrentar minhas inseguranças. Com a sua ajuda, pude ir muito além do que imaginava. Para mim, você é um exemplo de profissional e ser humano que admiro e no qual me inspiro.

À Prof^aDr^a.Adenicia Custódia Silva e Souza, por sua disponibilidade, valiosas sugestões e apoio em todos os momentos difíceis desde o início desta jornada, e por ter acreditado na realização desta pesquisa e confiado nos meus ideais.

Às Prof^{as}DraHeliny Carneiro Cunha Neves, Dr^a. Milca Severino Pereira, Dr^a Adenicia Custódia Silva e Souza, componentes da banca examinadora deste estudo, por suas contribuições para o enriquecimento da pesquisa.

À Congregação do Departamento de Enfermagem e Fisioterapia da Universidade Católica de Goiás, na pessoa da Prof^a Vanusa Claudete Anastácio, pelo apoio institucional necessário para a realização deste estudo.

À Diretoria clínica, Administrativa e ao setor de Recursos Humanos do Instituto de Neurologia de Goiânia, pelo apoio institucional para a realização deste estudo.

A toda equipe técnica de enfermagem da Unidade de Terapia do Intensiva do Instituto de Neurologia de Goiânia, pelo profissionalismo, competência e compreensão nos momentos em que não pude estar presente.

Ao Instituto de Neurologia de Goiânia, nas pessoas da Cristina Povoá, Adriana Rocha Carvalho, Mariângela Macedo Rocha, pelo incentivo e apoio institucional para a realização deste estudo, pelo profissionalismo, competência e compreensão nos momentos em que não pude estar presente.

À minha mãe, Maria Adelina M. Alves, minha amiga e companheira para todas as horas, obrigada pelo amor incondicional, pela dedicação, cumplicidade, paciência, por jamais ter medido esforços para que eu tivesse uma educação digna, por me formar uma pessoa de princípios nos quais você é exemplo que muito me orgulha. Obrigada por segurar na minha mão e me acalmar desde o meu primeiro momento de vida e continuar me amparando nas situações mais difíceis, me acalmando e dando segurança. Não tenho palavras para expressar a minha eterna gratidão por você.

Ao meupai, Custódio Alves Mendonça (in memoria), por ter sempre me incentivado a estudar e a crescer como pessoa, por todo esforço em prol dos meus estudos e, principalmente, para me formar uma pessoa de princípios.

Ao meu irmão Hernane e minha cunhada Vanessa Maria, que sempre me motivaram, ofereceram apoio e compreenderam as minhas faltas e os meus momentos de afastamento e reclusão para a realização deste sonho.

Ao Bruno Miranda, pelo carinho, respeito, paciência e compreensão por não poder estar presente em alguns momentos importantes da sua vida. Obrigada pelo incentivo e apoio que muito contribuíram para esta conquista.

Aos meus amigos (as) e irmãos (as) de coração, Aglaide Valdejan, Milene Bernardino e Wagner Junior, exemplos de vida, determinação, e seres humanos que entraram na minha vida trazendo muitas alegrias e permaneceram ao meu lado nos momentos mais difíceis, nos quais eu mais precisei que estivessem presentes. Muito obrigada, por me incentivarem a buscar sempre os meus ideais e me ajudarem, efetivamente, desde o início até a concretização deste sonho.

À minha amiga, Prof^a Madalena Lacerda, por sua disponibilidade, respeito, paciência, carinho e amizade nesta caminhada. Muito obrigada por incentivar a busca pelo aperfeiçoamento profissional, desde o processo de seleção até a finalização deste trabalho.

Aos meus amigos Italo T. Oliveira e Sílvia N. Oliveira, pelo grande crescimento profissional, pessoal, apoio emocional e incentivo para permanecer crescendo como profissional e buscar novos caminhos.

Aos meus amigos, Albino Luciano Bessa, Iara Cristina Dutra, Iracy Arantes, Luiz Antônio, Wesley Ferreira, Raídanne Carvalho, Clarice Carvalho e Flávia Melo, pelos quais tenho uma admiração muito grande. Vocês são exemplo de profissionais e amigos que me forneceram valioso incentivo e apoio incondicional.

Aos amigos da pós-graduação, que estiveram presentes, compartilhando o processo de crescimento e de reconstrução de um novo modo de olhar a realidade. Saudades!

Agradeço a todos os familiares e amigos que, mesmo não citados nominalmente, sabem da minha gratidão e do meu carinho pela torcida sincera para que este trabalho fosse finalizado com responsabilidade, tranquilidade, paz e muito amor!

RESUMO

MENDONÇA, L.M.M. **Modelos e intervenções de cuidado transicional após o acidente vascular cerebral: *scoping review***. 2017. 121p. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

As pessoas que vivenciam o acidente vascular cerebral enfrentam limitações e fragilidades assistenciais, sobretudo no que se refere à continuidade dos cuidados nos diferentes níveis de atenção à saúde, o que pode gerar uma assistência fragmentada e aquém do ideal preconizado para garantir a segurança e a qualidade da atenção à saúde. Acresce-se que, diante do elevado risco para recorrência de eventos cerebrovasculares e das elevadas taxas de readmissão, atualmente tem sido cada vez mais recomendada a adoção de protocolos para a promoção do cuidado transicional. Assim, o propósito deste *scoping review* foi mapear os modelos e as intervenções deste tipo de cuidado nos casos de acidente vascular cerebral. Foram adotados pressupostos metodológicos de Arksey e O'Malley, com as recomendações de Levac, Colquhoun e O'Brien. Implementou-se busca nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, PsychINFO, SCOPUS e EMBASE, e a literatura cinzenta foi acessada no *Google scholar*, *Joint Commission International*, *National Transitions of Care Coalition* e *Agency for Health care Research and Quality*. Os dados foram sumarizados em termos das características gerais das publicações e da síntese narrativa referente aos modelos e às intervenções de cuidado transicional específicos para casos de AVC. Dos 32 estudos incluídos, a maioria foi publicada nos Estados Unidos (8 artigos), no Canadá (5 artigos) e no Reino Unido (4 artigos), em revistas temáticas específicas para a reabilitação (16 artigos). Quanto às abordagens metodológicas, foram identificados estudos experimentais (14 artigos), métodos mistos (3 artigos), estudos qualitativos (4 artigos), observacionais (2 artigos), surveys (2 artigos), revisões sistemáticas com meta-análise (2 artigos), revisões conceituais (2 artigos) e um guideline. Nove estudos abordaram modelos de cuidados transicionais e 23 intervenções de cuidado transicional relacionadas ao AVC. Foram identificados modelos explicativos sobre a experiência de pacientes e cuidadores na trajetória do cuidado e modelos descritivos de recomendações para delineamento das intervenções de cuidado transicional. Verificou-se que a maioria das intervenções utilizou componentes pré e pós-alta do modelo de Transição Ideal do Cuidado, sobretudo educação do paciente para o autogerenciamento, monitorização e manejo dos sintomas após a alta e planejamento da alta. O modelo mais utilizado foi o *Early Support Discharge*. Os estudos analisados identificaram resultados favoráveis após a implementação das intervenções de cuidado transicional e demonstraram ser esta uma área temática para a qual deverão ser empreendidos esforços no sentido de subsidiar recursos para a melhoria da qualidade da gestão de transição do cuidado.

Palavras-chave: acidente vascular cerebral; cuidado transicional; continuidade da assistência ao paciente, assistência centrada no paciente.

ABSTRACT

MENDONÇA, L.M.M. **Transitional care models and interventions after stroke: scoping review.** 2017. 124p. Master's thesis - StrictoSensu Post-Graduation Program in Health Care at the Pontifical Catholic University of Goiás (Pontifícia Universidade Católica de Goiás).

People who experience stroke face limitations and assistance weaknesses, especially with regard to the continuity of care at different levels of health care, which can generate fragmented assistance and less than the ideal recommended to ensure safety and quality of the health care. In addition, in view of the high risk for recurrence of cerebrovascular events and high readmission rates, it has been increasingly recommended to adopt protocols for the promotion of transitional care. Therefore, the purpose of this scoping review was to map the models and interventions of this type of care in cases of stroke. Methodological assumptions of Arksey and O'Malley were adopted, with the recommendations of Levac, Colquhoun and O'Brien. A search was carried out in databases MEDLINE, CINAHL, PsychINFO, SCOPUS and EMBASE, and the gray literature was accessed at Google scholar, Joint Commission International, National transitions of Care Coalition and Agency for Healthcare Research and Quality. The data were summarized in terms of the general characteristics of the publications and the narrative synthesis referring to the models and the transitional care interventions specific for stroke cases. Of the 32 studies included, most were published in the United States (8 articles), Canada (5 articles) and the United Kingdom (4 articles), in specific thematic journals for rehabilitation (16 articles). Regarding methodological approaches, experimental studies (14 articles), mixed methods (3 articles), qualitative studies (4 articles), observational (2 articles), surveys (2 articles), systematic reviews with meta-analysis (2 articles), conceptual reviews (2 articles) and a guideline were identified. Nine studies have addressed transitional care models and 23 transitional care interventions related to stroke. Explanatory models on the experience of patients and caregivers in the care trajectory and descriptive models of recommendations for the design of transitional care interventions were identified. It was verified that the majority of the interventions used pre and post-discharge components of the Ideal Transition of Care model, especially patient education for self-management, monitoring and symptom management after discharge and discharge planning. The most used model was Early Support Discharge. The studies analyzed identified favorable results after the implementation of transitional care interventions and demonstrated that this is a thematic area for which efforts should be made to subsidize resources to improve the quality of care transition management.

Key words: stroke; transitional care; continuity of care, patient-centered care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

- Figura 1 - Diagrama representativo dos componentes-chaves do cuidado transicional de Burke et al. (2013, p.103) 25
- Figura 2 - Diagrama PRISMA referente à elegibilidade dos estudos 44
- Figura 3 - Caminhos para que as pessoas com AVC vivam plenamente na comunidade proposto pelo *Stroke Strategy Southwestern Ontario*, 2008 54

Quadros

- Quadro 1 - Componentes das ações do modelo Redesenhando a Alta (*Re Engineered Discharge - RED*), JACK et al., 2009 31
- Quadro 2- As três etapas operacionais descritas pelo “*Adopting a Common Approach to Transitional Care Planning*”, Canadá, 2014 36
- Quadro 3- Estratégia de busca utilizada nas respectivas bases de dados 40
- Quadro 4- Modelos de cuidado transicional identificados para acidente vascular cerebral 46
- Quadro 5- Mapeamento das informações descritivas dos aspectos operacionais das intervenções mistas de cuidado transicional. 63
- Quadro 6- Domínios da transição ideal de cuidados identificados nas intervenções de cuidado transicional para pessoas que vivenciam o acidente vascular cerebral 90
- Quadro 7- Sumarização dos resultados relacionados as intervenções, segundo os domínios da transição ideal de cuidados (TIC) de pessoas que sobreviveram ao acidente vascular cerebral 91

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	Cuidado transicional: os princípios essenciais e as intervenções	18
3.2	Principais modelos de cuidado transicional	24
4	MÉTODO	37
4.1	Tipo de estudo	37
4.2	Identificação da questão norteadora da pesquisa	38
4.3	Identificação dos estudos relevantes	38
4.4	Busca sistematizada e seleção dos estudos relevantes	39
4.5	Mapeamento dos dados	42
4.6	Comparação, resumo e relato dos resultados	42
5	RESULTADOS	44
5.1	Resultados da busca sistematizada	44
5.2	Caracterização dos estudos elegíveis	45
5.3	Modelos de cuidado transicional após acidente vascular cerebral	45
5.4	Intervenções de cuidado transicional após o AVC	61
6	DISCUSSÃO	94
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
	REFERÊNCIAS	108
	APÊNDICES	116
	APÊNDICE A-FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DOS DADOS QUALITATIVOS	116
	APÊNDICE B- FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DOS DADOS QUANTITATIVOS	117
	ANEXOS	118
	ANEXO A- AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO E USO DA FIGURA 1 DO ESTUDO <i>THE KEY COMPONENTS OF AN IDEAL TRANSITION IN CARE PUBLISHED IN THE PAPER MOVING BEYOND READMISSION PENALTIES</i>	118

ANEXO B-AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO E USO DA FIGURA 119
3.CAMINHOS PARA QUE AS PESSOAS COM AVC VIVAM
PLENAMENTE NA COMUNIDADE.

ANEXO C- COMPONENTES DAS AÇÕES DO MODELO 120
REDESENHANDO A ALTA (RE ENGINEERED DISCHARGE - RED).

1 INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) situa-se entre as três principais causas de morte prematura e foi responsável, em 2012, por 6,7 milhões de mortes no mundo, cerca de 80% delas em países de baixa e média renda (WHO, 2014). No Brasil, também em 2012, foram registradas aproximadamente 68 mil mortes por AVC, enfermidade que, no país, representa a primeira causa de morte e incapacidade permanente (BRASIL, 2013).

As disfunções físicas sociais e econômicas vivenciadas após o AVC poderão contribuir para maior nível de dependência de cuidados e ocorrência de outras doenças crônicas a ele associadas (BOCCHI, 2004; COHEN; BANTHIN, 2009). Esse fato poderá gerar a ruptura na integridade e na qualidade de vida das pessoas que sobrevivem ao AVC e de seus cuidadores familiares e, conseqüentemente, representará um desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo, sobretudo nos países em desenvolvimento (GAZIANO; PETERSON, 2011; LAVINSKY; VIEIRA, 2004).

Pacientes com AVC compõem uma população com elevado risco para recorrência de eventos cerebrovasculares, altos índices de readmissão hospitalar no período de um ano e elevadas taxas de disfuncionalidades e de mortalidade (FONAROW; SMITH; REEVES, 2011). Evidências científicas apontam a ocorrência de readmissões por AVC em 60% dos casos no período de um ano após a alta (FONAROW; SMITH; REEVES, 2011). Nos Estados Unidos, essas taxas de readmissão, após 30 dias, têm variado de 6,5% a 24,3%. Para hospitais certificados pela *Joint Commission*, os valores variam de 8,8% a 18,4% e, para aqueles sem certificação, de 9,2% a 19,2% (LICHTMAN et al., 2013).

Estudo estimou que 80% das iatrogenias graves decorrem de falhas na comunicação entre os profissionais de saúde durante a transição de alta do paciente (MILLER; SENATE, 2008). Dados publicados pela *Joint Commission* evidenciam que as readmissões hospitalares estão relacionadas a processos de transição de cuidados ineficazes que também favorecem o aumento da ocorrência de eventos adversos (JOINT COMMISSION, 2012).

Um estudo retrospectivo realizado em um hospital universitário nos Estados Unidos evidenciou que 53% das readmissões eram potencialmente evitáveis e tinham, como provável causa, falhas na coordenação do cuidado, déficits no

acompanhamento após a alta e inadequado preparo e fornecimento de informações para a alta hospitalar. Os autores destacaram que, em geral, tais readmissões eram decorrentes da falta de gestão e coordenação para a continuidade do cuidado (NAHAB et al., 2012).

As pessoas que vivenciam o AVC enfrentam limitações e fragilidades assistenciais nos diferentes níveis de atenção à saúde, principalmente no que se refere à continuidade dos cuidados. Isso pode contribuir para uma assistência fragmentada e aquém do ideal preconizado para garantir a segurança e a qualidade da atenção à saúde (BETTGER et al., 2012; LINDSAY et al., 2014; PUHR; THOMPSON, 2015).

Assim, deve-se promover o cuidado integral da pessoa que sobreviveu ao AVC e que convive com inúmeras necessidades de adaptação, mudanças funcionais e desempenho de papéis, bem como vivencia um difícil processo de aceitação das modificações e alterações corporais impostas pela doença, sem, no entanto, contar com o devido preparo e apoio (COHEN; BATHIN, 2009; NELSON, 2015). Estudos apontam que a transição da assistência hospitalar para a domiciliar é uma situação problemática, em virtude da ausência de continuidade do cuidado entre os serviços de internação, ambulatoriais e o *home-care* (COLEMAN; BERENSON, 2004; COLEMAN et al., 2006). O preparo da alta e o planejamento das ações para continuidade deste cuidado têm sido negligenciados em diversos países (COLEMAN; BERENSON, 2004; COLEMAN et al., 2005).

A ausência de acompanhamento durante o período de alta hospitalar até a reintegração comunitária, a falta de treinamento e preparo do paciente para o autocuidado e o despreparo dos familiares para o gerenciamento do cuidado no contexto domiciliar têm sido amplamente descritos nas investigações científicas, que assinalam a necessidade de avanços para a promoção de uma transição de cuidados suave e segura, após o período de hospitalização (COHEN; BATHIN, 2009; NELSON; PULLEY, 2015).

Observa-se que as falhas nesse processo expressam a ineficácia dos sistemas de saúde, os quais são justamente responsáveis pela melhoria da qualidade e da segurança do cuidado (KIND et al., 2007). Neste contexto, pacientes e cuidadores familiares vivenciam sentimentos de ansiedade decorrentes da falta de entendimento e preparo para o autocuidado no processo de transferência para outros ambientes. Sentem-se também confusos por serem atendidos por diferentes profissionais,

referem sentimento de abandono atribuído à incapacidade de contatarem um profissional de saúde para conduzir este processo de transição e não se consideram valorizados em termos de suas preferências no planejamento do cuidado (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005).

Problemas relacionados às transições ocorrem em praticamente todos os tipos de instituições de saúde, sobretudo quando o paciente deixa o hospital para receber cuidados em outro ambiente ou em casa. Especialistas alertam que os hospitais precisam melhorar a eficácia deste processo para reduzir as taxas de readmissão e eventos adversos (BETTGER; JANET; PRVU et al., 2012; BUNTIN et al., 2010; NELSON; PULLEY, 2015).

Resultados de um estudo desenvolvido nos Estados Unidos evidenciaram ser possível, por meio da implementação de intervenções de cuidado transicional, reduzir em 30% o número de readmissões decorridos 30 dias da alta hospitalar de pacientes crônicos e em 15% os custos com reinternações (COLEMAN, et al, 2006). Outro estudo realizado na Itália mostrou redução significativa, de 30%, no número de readmissões após um ano da alta hospitalar, por meio da intervenção de cuidado transicional de telemonitorização (CIBULSKIS; GIARDINO; MOYER, 2011).

A implementação de intervenções focadas na qualidade e na continuidade dos cuidados imediatos e de longa duração de pessoas com AVC contribui para redução da mortalidade, morbidade e dos custos com readmissões decorrentes de complicações no processo de transição do cuidado (COHEN; BANTHIN, 2009; GAZIANO; PETERSON, 2011).

Evidências científicas apontam que o planejamento das ações do cuidado transicional deve ocorrer durante a hospitalização e após a alta, especialmente no contexto domiciliar, nos centros de reabilitação e de saúde e na comunidade (OLSON et al., 2011). Tais ações podem diminuir os custos associados a exames diagnósticos repetidos, bem como o número de reinternações e melhorar a qualidade da assistência à saúde (ALLEN et al., 2014; COLEMAN; BERENSON, 2004).

Nesse sentido, é recomendado que os serviços de saúde tenham como protocolo a promoção de um adequado planejamento e o preparo do paciente e de sua família para o cuidado transicional (ALLEN et al., 2014; COBLEY et al., 2013; HEIJNEN et al., 2010; THORSEN et al., 2006).

Define-se cuidado transicional como um conjunto de ações em saúde destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados, em diferentes

locais e em distintos níveis de atenção à saúde em uma mesma área geográfica (COLEMAN; BERENSON, 2004; NAYLOR et al., 2011). Desse modo, o cuidado transicional deve se basear em um plano abrangente de cuidados, o que requer disponibilidade de profissionais especializados e atualizados para a assistência àqueles que necessitam de cuidados complexos (COLEMAN; BOULT, 2003).

Em 2014, a *World Stroke Organization* publicou o plano e o protocolo para ação global dos serviços de saúde (*Global Stroke Services Action Plan*) que cuidam de pessoas com AVC (LINDSAY et al., 2014). Esse plano inclui um processo contínuo de cuidados e recomendações específicas para cada fase vivenciada pelo paciente e sua família e engloba o reconhecimento dos sinais e sintomas do AVC, o diagnóstico, por meio da tomografia computadorizada, e o cuidado de alta complexidade nas fases hiperaguda, aguda e de reabilitação. Além disso, enfatiza as intervenções para a prevenção secundária e com vistas à reinserção social e comunitária (LINDSAY et al., 2014).

No entanto, os estudos científicos apontam que em geral, a atenção a pessoas que sobrevivem ao AVC e necessitam de cuidado transicional ao longo do processo de recuperação e de reabilitação ainda é escassa, muitas vezes restrita à fase aguda do cuidado e com pouca ênfase na reabilitação e continuidade do cuidado, principalmente após o período de internação hospitalar (COHEN; BATHIN, 2009; NELSON; PULLEY, 2015; ROLIM; MARTINS, 2011).

Da mesma forma, as ações para promoção da continuidade do cuidado ainda são limitadas, e poucos serviços têm efetivamente implementado em seu protocolo de atendimento intervenções que garantam, de modo seguro e qualificado, a transição dos cuidados nos seus diferentes níveis (ALLEN et al., 2014; NAYLOR et al., 2011).

Essa temática tem sido objeto de investigação científica em vários países desenvolvidos, como os Estados Unidos (COLEMAN et al., 2006; HANSEN et al., 2013; JACK et al. 2009; NAYLOR et al., 2004; NAYLOR et al., 2009; PARRISH et al., 2009; NELSON, 2015; RENNKE; RANJI, 2015); o Canadá (CAMERON; GIGNAC, 2008; CHEUNG et al., 2012; CAMERON et al., 2013; CAMERON et al., 2016; LINDSAY, 2013; LINDSAY et al., 2014; PUHR; THOMPSON, 2015;) e a Austrália (BATTERSBY et al., 2009; KENDALL et al., 2007).

Encontram-se disponíveis algumas revisões sistemáticas sobre a transição do cuidado diante de doenças cardiovasculares (BETTGER et al., 2012; FELDMAN et al., 2015; VISWANATHAN et al., 2012). Identificou-se ainda um estudo de *scoping review*

de intervenções de cuidados de transição específicas para o AVC (CAMERON; TSOI; MARSELLA, 2008). Essas revisões objetivaram avaliar o impacto das intervenções para melhorar o cuidado transicional em termos dos sistemas de saúde, das pessoas e da sociedade e apontaram a necessidade da implementação de projetos e pesquisas cujos focos residam no planejamento e na qualidade desta transição para melhorar a qualidade dos serviços de saúde (BETTGER et al., 2012; CAMERON; TSOI; MARSELLA, 2008; FELDMAN et al., 2015; VISWANATHAN et al., 2012).

De modo consensual, as revisões assinalaram a necessidade de ampliar o escopo de compreensão dessa problemática nos sistemas de saúde mundiais, em especial no que se refere ao cuidado de pessoas que sobrevivem ao AVC (BETTGER et al., 2012). Os autores propuseram a realização de novas pesquisas, a fim de abordar de forma mais abrangente as experiências e necessidades dos sobreviventes do AVC e seus cuidadores familiares e o modo como eles se movem nos espaços de cuidados (BETTGER et al., 2012).

Além disso, alertaram para a necessidade de novos estudos que abordem os modelos de cuidados de transição específicos para o acidente vascular cerebral que sejam capazes de nortear o planejamento dos cuidados para pessoas que vivenciam multimorbidades crônicas e requerem, após a alta hospitalar, cuidados complexos de longa duração e reabilitação comunitária (BETTGER et al., 2012; CAMERON; TSOI; MARSELLA, 2008).

Nesse sentido, optou-se, no presente estudo, por realizar o mapeamento da produção científica sobre o cuidado transicional após o AVC, com o objetivo de identificar os modelos propostos e as intervenções implementadas para promoção do cuidado transicional de modo seguro e qualificado.

Os resultados irão mapear e sintetizar as evidências científicas de pesquisas com distintas abordagens metodológicas sobre os modelos e as intervenções recomendadas para aprimorar o cuidado transicional após o AVC, de modo a apontar os indicadores de estrutura e processo que favorecem a incorporação dessas intervenções nos diferentes sistemas de saúde. Acredita-se que este estudo contribuirá para a compreensão dos modelos e intervenções de cuidado transicional atualmente testados e implementados especificamente para as pessoas que sobrevivem ao AVC e seus cuidadores familiares, em especial nos contextos dos países em desenvolvimento.

O mapeamento dos modelos e das intervenções de cuidado transicional permite que profissionais, gestores e organizações em saúde identifiquem quais deles são aplicáveis no âmbito institucional ou até mesmo no contexto nacional, de acordo com a realidade e disponibilidade de recursos do sistema de saúde. Nesse sentido, este estudo irá subsidiar a elaboração de políticas de saúde que favoreçam a atenção à transição de cuidado da pessoa que sobrevive ao AVC e ao cuidador familiar.

2 OBJETIVO

- Mapear os modelos e as intervenções de cuidado transicional aplicados nos casos de acidente vascular cerebral.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Cuidado transicional: os princípios essenciais e as intervenções

As pessoas que vivenciam a necessidade de cuidados contínuos e complexos precisam ter acesso aos diferentes serviços de saúde e serem atendidas em suas necessidades integrais (COLEMAN, 2003). Para tanto, é fundamental que os serviços de saúde, nos seus diferentes níveis, promovam ações eficazes para a continuidade e coordenação dos cuidados a esses pacientes, bem como ofereçam apoio e preparo dos cuidadores familiares ao longo do processo de enfrentamento das enfermidades crônicas (COLEMAN, 2003).

Define-se continuidade do cuidado como o conjunto de estratégias necessárias para reduzir o uso desnecessário dos serviços de saúde e melhorar a capacidade de enfrentamento do processo de cuidar de modo independente e/ou supervisionado dos pacientes e familiares, na fase de transição entre o hospital e sua casa (COLEMAN, 2003). Esse cuidado inclui a logística de transferência da assistência, a educação do paciente e da família, a supervisão, o acompanhamento e a coordenação entre os profissionais de saúde envolvidos (COLEMAN, 2003; COLEMAN et al., 2006; LINDSAY et al., 2014; NAYLOR, 2006; NELSON, 2015).

A continuidade de cuidado emerge no cenário mundial como um importante conceito, que tem cada vez mais demandado dos sistemas de saúde a implementação de avaliações da qualidade da estrutura, do processo e dos resultados direcionados às demandas de cuidado. Essas avaliações tornam-se particularmente importantes diante de algumas especificidades atuais, tais como envelhecimento populacional, desenvolvimento de múltiplas morbidades e existência de problemas complexos enfrentados nas esferas individual e coletiva, o que torna as pessoas mais vulneráveis social e psicologicamente (COLEMAN; BOULT, 2003).

Pode-se afirmar que a efetiva continuidade do cuidado ocorre quando os diferentes níveis de atenção à saúde estão conectados e atuam de modo interdependente, favorecendo o apoio e a vinculação das pessoas (paciente, família e profissionais de saúde) ao longo do tempo. Esse processo é resultado do bom fluxo de informações, das boas habilidades interpessoais e da adequada coordenação de cuidados. Isso, por sua vez, requer a continuidade da informação, das relações pessoais e da gestão clínica (HAGGERTY, et al., 2003).

O *Institute of Medicine* (IOM, 1996, p.43) definiu a continuidade do cuidado como:

uma característica relacionada ao cuidado, ao longo do tempo, por um único indivíduo ou equipe de profissionais de saúde ("continuidade clínica") e a comunicação eficaz e oportuna de informações de saúde (sobre eventos, riscos, conselhos e preferências do paciente)". Aplica-se ao espaço e ao tempo. Ele combina eventos e informações sobre eventos que ocorrem em configurações diferentes, em diferentes níveis de cuidado e ao longo do tempo, de preferência ao longo da vida de uma pessoa. A continuidade abrange o conhecimento mútuo entre paciente e o profissional de saúde e a comunicação eficaz e oportuna de informações de saúde, que devem ocorrer entre pacientes, suas famílias, outros especialistas e os profissionais da atenção primária.

Promover a assistência à saúde dos indivíduos, na perspectiva da continuidade do cuidado, requer o empoderamento das pessoas para o processo de tomada de decisão terapêutica compartilhada e o envolvimento do paciente e da família. Para isso, a responsabilidade clínica por parte dos serviços de saúde deverá envolver a mobilização de profissionais e os recursos adequados para realizar todas as atividades (HAGGERTY, et al., 2003).

Outro aspecto fundamental é a coordenação do cuidado, definida como a organização deliberada de atividades de atendimento ao paciente crônico e as configurações que visam equipar os serviços de saúde de maneira efetiva (CIPRIANO, 2012). Trata-se de uma definição ampla e complexa, que inclui o conceito de qualidade, planejamento, organização e segurança dos cuidados. A coordenação de cuidados preenche lacunas, mas defini-la nem sempre é fácil. O relatório da *Agência de Investigação de Saúde e Qualidade* (AHRQ – *Agency for Health care Research and Quality*), por exemplo, identificou, em 2007, mais de 40 definições, o que evidencia uma real dificuldade de compreensão deste conceito (MCDONALD et al., 2014).

Nesse sentido, a unificação dos diferentes conceitos permitiu definir, sinteticamente, coordenação de cuidados como a responsabilidade de qualquer sistema de cuidado integrar, de modo individual, informações e deliberar sobre a organização das atividades necessárias para o cuidado do paciente e dos familiares, neste caso envolvendo dois ou mais serviços de saúde, ou níveis de atenção, incluindo o âmbito domiciliar (MCDONALD et al., 2014).

O objetivo da coordenação de cuidados é facilitar o adequado e eficiente funcionamento dos serviços de saúde no próprio sistema e entre os sistemas (MCDONALD et al., 2014).

A coordenação dos cuidados focada no paciente e na família é definida como qualquer atividade capaz de garantir que as necessidades e preferências das pessoas sejam consideradas ao longo de todo o planejamento do cuidado. Para os profissionais de saúde, requer selecionar uma equipe específica para avaliar e atender às necessidades do paciente, sendo também responsável por cooperar para que ele e sua família sejam conduzidos de modo eficaz e eficiente, no decorrer de sua trajetória nos sistemas de cuidados em saúde (MCDONALD et al., 2014).

A estratégia para a continuidade e coordenação do cuidado baseia-se em intervenções grupais iniciadas no momento da admissão do paciente no ambiente hospitalar, ou seja, na fase aguda, e, posteriormente, no contexto de reabilitação, reintegração comunitária e cuidados a longo prazo, para garantir a sua segurança do neste processo de transição (RENNKE; RANJI, 2015).

Entre os modelos atualmente propostos e implementados para assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado em diferentes locais, e em distintos níveis de atenção à saúde, destacam-se aqueles fundamentados no cuidado transicional (COLEMAN, 2003; NAYLOR, 2006).

O cuidado transicional refere-se a modelos de cuidado e intervenções cujo objetivo é promover a transferência da assistência, de modo seguro e oportuno, em todas as fases da enfermidade (aguda e crônica), entre os diferentes níveis assistenciais (atenção primária, secundária, terciária) e locais de cuidados (hospitais, instituições de longa permanência, centros de saúde) (COLEMAN, 2003; NAYLOR, 2006).

O cuidado transicional está inserido nos diversos níveis de complexidade de assistência, de modo a proporcionar aos pacientes melhor qualidade de vida e adaptação à real condição desde a admissão na unidade hospitalar (CAMERON, et al., 2008; CAMERON, 2016). Trata-se de um importante componente da coordenação do cuidado, usualmente direcionado a populações com alto risco de resultados ineficientes e elevada demanda de cuidado em sua trajetória nos serviços de saúde (CIPRIANO, 2012).

Este tipo de assistência deve ser norteada por um plano abrangente de cuidados, o qual necessita da disponibilidade de profissionais especializados e atualizados para a assistência a pessoas que requerem cuidados complexos (COLEMAN; BOULT, 2003). As intervenções em saúde de cuidado transicional têm-se revelado eficazes para a integralidade do cuidado, além de facilitarem o processo

de recuperação do indivíduo, bem como a prevenção de complicações e diminuição das readmissões no período de 30 dias após a alta (CAMERON; TSOI; MARSELLA, 2008; FONAROW et al., 2011; LICHTMAN et al., 2010).

Nesse sentido, a *American Academy of Nursing (AAN)* recomenda princípios para implementar, avaliar e financiar a coordenação do cuidado e os modelos de assistência transicional. Esses princípios consistem em: promoção de modelos centrados no apoio ao paciente/família e na tomada de decisões compartilhadas; acompanhamento do paciente e da família por equipes interdisciplinares; e elaboração de planos de cuidados integrados, de acordo com as necessidades dos pacientes e do cuidador familiar. Destaca ainda a necessidade de liderança da equipe de acordo com as necessidades do paciente e da família, preferências e experiência dos membros da equipe (CIPRANO, 2012).

Também constituem princípios propostos pela AAN: a implementação de novos planos e modelos de cuidados baseados em evidências, para melhoria da qualidade da assistência e, conseqüentemente, redução de custos evitáveis; a concepção de que a coordenação de cuidados e cuidados de transição mantêm o elo entre profissionais de saúde, pacientes e cuidadores familiares; a necessidade de avaliação contínua da qualidade da assistência; e a realização de pesquisas que avaliem, de modo comparativo, a eficácia das intervenções para implementação de melhores práticas (CIPRIANO, 2012).

Coleman et al. (2003, p.556-7) assinalam que

“para assegurar a qualidade do cuidado transicional para pessoas com necessidades de cuidados complexos, é necessário que os profissionais de saúde atendam cinco aspectos fundamentais do cuidado transicional”.

Esses aspectos são: 1. Preparar o paciente e seus cuidadores para o cuidado no local a que forem transferidos; 2. Envolver ativamente os pacientes e familiares nas decisões relacionadas ao plano de cuidado transicional; 3. Garantir a comunicação bidirecional entre os profissionais de saúde; 4. As políticas públicas devem ser elaboradas para promover o cuidado de transição de alta qualidade; 5. A educação em saúde para o cuidado transicional deve ser promovida para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência do cuidado entre os diferentes contextos de assistência (COLEMAN et al., 2003).

Nesse sentido, os modelos de cuidado transicional devem garantir, em especial, o estabelecimento de comunicação eficaz e trabalho em equipe, com o reconhecimento do papel central dos enfermeiros (CIPRIANO, 2012).

A *National Transitions of Care Coalition* (NTOCC) elaborou, em 2008, uma série de recomendações para o estabelecimento de ações eficazes para garantir a disponibilidade de cuidados em saúde que visem melhorar a qualidade das transições do cuidado. Para isso, propôs que o cuidado transicional seja fundamentado em um plano compreensivo e que existam, em seu corpo clínico, profissionais de saúde habilitados e capacitados quanto aos objetivos do tratamento aos pacientes, suas preferências e para fins de avaliação de seu estado de saúde (NTOCC, 2010). Isso inclui garantir a organização logística do cuidado e a educação tanto do paciente como da família, assim como a coordenação do cuidado entre os profissionais envolvidos na transição (NTOCC, 2010).

Em 2009, o *American College of Physicians*, a *Society of General Internal Medicine*, a *American Geriatrics Society*, a *American College of Emergency Physicians* e a *Society of Academic Emergency Medicine* publicaram o Consenso sobre as Transições do Cuidado (*Transitions of Care Consensus Policy Statement*) (SNOW et al., 2009). Esse documento estabeleceu nove princípios que deverão ser contemplados nos modelos eficazes de cuidado transicional: a responsabilidade, a comunicação, o feedback em tempo hábil, a participação do paciente e da família em todas as etapas da transição do cuidado, o respeito pela coordenação do cuidado, a identificação da coordenação do cuidado e do médico de família, o contato com ou a presença da pessoa responsável pelo paciente em cada etapa do processo de transição, a necessidade de estabelecer padrões nacionais relacionados aos indicadores de qualidade que serão adotados e implementados e a gestão da medicação (NELSON, 2015; SNOW et al., 2009).

A intenção é que este consenso seja adotado por gestores e responsáveis pela elaboração das políticas nacionais para orientar o desenvolvimento de medidas eficazes para a continuidade do cuidado, o que poderá promover, finalmente, uma melhoria na qualidade e segurança das transições (SNOW et al., 2009).

De acordo com a *National Transitions of Care Coalition*, em 2011, as sete categorias essenciais de intervenções de cuidado transicional recomendadas são: o gerenciamento dos medicamentos (reconciliação medicamentosa), o planejamento da transição (planejamento de alta, planejamento da alta precoce), o engajamento, a

educação e o preparo do paciente e família para as diferentes fases do cuidado (necessidades de cuidado, processo de reabilitação, desenvolvimento de atividades de vida diária e prevenção secundária) (NTOCC, 2011).

Também estão incluídas, nessa categoria, a transferência de informação (suporte telefônico, visitas domiciliares, autogerenciamento), o seguimento do cuidado (conectar os pacientes com os serviços comunitários, garantir o seguimento na atenção primária após a alta hospitalar, acompanhamento domiciliar e via telefone); o envolvimento dos profissionais de saúde na transferência de informações entre os profissionais (prontuário eletrônico, transferência de informações entre os distintos níveis de atenção à saúde, sumário de alta); a responsabilidade compartilhada entre os cuidadores e os diversos serviços de saúde (NTOCC, 2011).

Aspecto importante identificado foi a proposta de uma taxonomia das intervenções que contribuem para melhorar o cuidado transicional, classificadas em intervenções antes e após a alta hospitalar e aquelas que envolvem ações também antes e após este evento, denominadas intervenções mistas ou “ponte”(NELSON, 2015; RENNKE; RANJI, 2015).

Essas classificações têm sido propostas como critérios para avaliar a eficácia das intervenções de cuidado transicional e representam os indicadores de processo e resultado relacionados a esta transição. O reconhecimento desses aspectos favorece o processo de implementação das intervenções de cuidado transicional na prática clínica, por meio da colaboração interprofissional, entre profissionais de saúde, pacientes e cuidadores familiares. Isso engloba a organização, a coordenação, a educação e a comunicação ao longo da transferência nas distintas fases de enfrentamento da enfermidade e entre os diferentes espaços de cuidado (CAMERON et al., 2016).

Em síntese, os elementos essenciais a serem considerados pela equipe de cuidado transicional são a responsabilidade pela coordenação do cuidado e o estabelecimento do acompanhamento na atenção primária; desenvolvimento de um plano de cuidados baseado em evidências e foco abrangente nas necessidades e preferências de cada paciente e família; visitas domiciliares realizadas por uma enfermeira de prática avançada e acompanhamento via telefone diário, em média durante dois meses após a alta; comunicação eficaz, envolvimento e participação ativa de pacientes e cuidadores familiares com foco na educação e apoio; abordagem multidisciplinar que inclui pacientes e cuidadores familiares como parte da equipe;

colaboração da equipe médica e de enfermagem (COLEMAN et al., 2003; COLEMAN; BERENSON, 2004; COLEMAN et al., 2006).

3.2 Principais modelos de cuidado transicional

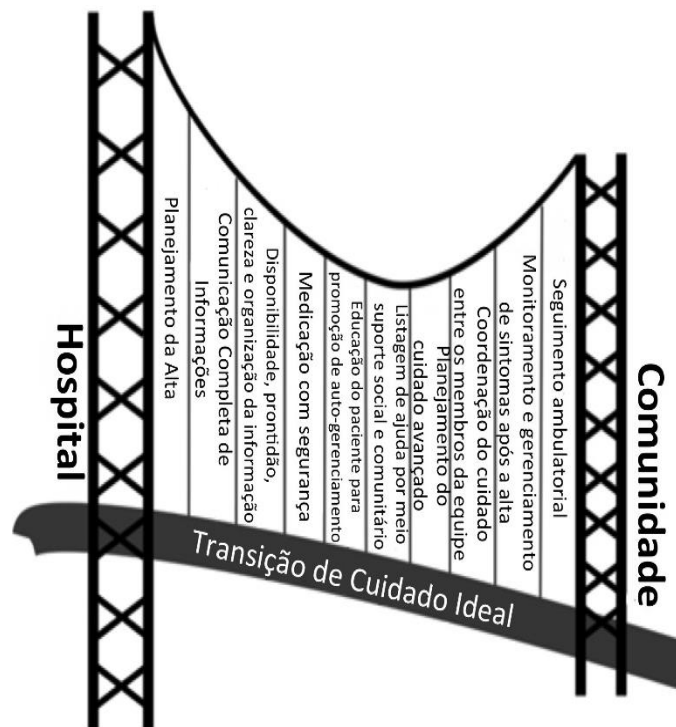
Modelos de cuidado transicional têm sido propostos para lidar com os déficits na qualidade e segurança no processo de transição do cuidado e amenizar os elevados custos da assistência em saúde (PUHR; THOMPSON, 2015). Em geral, esses modelos estão fundamentados no cuidado centrado no paciente, na necessidade de reduzir a taxa de readmissão hospitalar, diminuir os custos com os cuidados em saúde e proporcionar uma efetiva continuidade da assistência entre os serviços de atenção à saúde (BURKE et al., 2013; COLEMAN, 2003; PUHR; THOMPSON, 2015).

Esses modelos precisam incluir intervenções destinadas a assegurar a continuidade do cuidado e devem ser implementados para facilitar a readaptação a um novo contexto de assistência. Essas intervenções devem utilizar modelos de cuidado centrado nas pessoas, com o objetivo de individualizar o atendimento e promover ações de empoderamento do paciente e de seus cuidadores, de modo a favorecer a capacidade para o autocuidado, o autogerenciamento e a independência funcional, além do preparo do cuidador informal (ALLEN et al., 2009; COLEMAN, BOULT, 2003; GRASEL et al., 2005; GRASEL et al., 2006; HEIJNEN et al., 2010 THORSEN et al., 2006). Tais modelos preveem também a adoção de medidas para avaliação da qualidade do acompanhamento, apoio e coordenação dos cuidados após o paciente deixar o ambiente de cuidado hospitalar, identificar motivo de readmissão no período de 30 dias e avaliar medidas de transição de cuidados (JOINT COMMISSION, 2012; JOINT COMMISSION, 2015).

Burke et al. (2013) recomendam que os componentes de um modelo ideal de cuidado transicional envolvam planejamento da alta, comunicação, disponibilidade, prontidão, objetividade e organização; segurança no uso dos medicamentos; educação dos pacientes para a promoção do autogerenciamento, uma ferramenta para o planejamento do cuidado; suporte social e comunitário, planejamento do cuidado avançado; coordenação do cuidado; monitoramento e gerenciamento dos sintomas e seguimento. Os autores enfatizam ainda a necessidade desses modelos focarem, em especial, o seguimento ambulatorial que mostra perspectivas de melhoria

efetiva na continuidade do cuidado e propõem um diagrama representativo para expressar esses componentes-chaves do cuidado de transição. Para os autores, esses componentes representam os domínios que fazem a ponte entre a atenção à saúde no contexto hospitalar e comunitário (Figura 1) (BURKE et al., 2013).

Figura 1 - Diagrama representativo dos componentes-chaves do cuidado transicional de Burke e colaboradores, 2013.



Fonte: Burke et al. (2013, p.103) Reprodução e tradução autorizadas pelo autor principal (ANEXO A).

Entre os modelos genéricos de cuidado transicional relacionados ao manejo de pessoas com multimorbidades crônicas destacam-se: o Modelo de *Cuidado Transicional de Naylor (Transitional Care Model)* (NAYLOR et al., 2004; NAYLOR et al., 2009; NAYLOR et al., 2013; NELSON, 2015; RENNKE; RANJI, 2015); o *Care Transition Program/Intervention*, desenvolvido por Coleman e colaboradores (COLEMAN et al., 2006; NELSON, 2015; PARRISH et al., 2009; RENNKE; RANJI, 2015); o *Project Re-Engineered Discharge (RED)* (JACK et al., 2009); e o *Better Outcomes by Optimizing Safe Transitions (Project BOOST)* (HANSEN et al., 2013; NELSON, 2015), todos desenvolvidos pelo sistema de saúde americano. Na província de Ontário, Canadá, tem sido utilizado o *Adopting a Common Approach to Transitional*

Care Planning (LINDSAY et al., 2014), fundamentado na estratégia *Best PATH* (*person-centered, appropriate, timely, healthcare*) (LINDSAY et al., 2014).

O Modelo de Cuidado Transicional (TCM – *Transitional Care Model*) foi desenvolvido sob a liderança de Mary Naylor, na Escola de Enfermagem da Universidade da Pensilvânia, nos Estados Unidos (NAYLOR et al., 2004; NAYLOR et al., 2009; NAYLOR et al., 2013; NELSON, 2015; RENNKE; RANJI, 2015). As intervenções foram conduzidas em hospitais acadêmicos e comunitários na Filadélfia, entre 1997 e 2001. Nesse período, as enfermeiras de prática avançada realizaram, no mínimo, oito visitas domiciliares durante três meses para idosos de alto risco e estiveram disponíveis para acesso via telefone nos sete dias da semana. Ao final, a intervenção reduziu para 83% a taxa de readmissão após um ano e os custos caíram 38% (US\$4,845 por paciente) após a alta (NAYLOR et al., 2004).

Estruturou-se esse modelo considerando-se os efeitos negativos associados à fragmentação do cuidado e observados no processo de transição do cuidar de pessoas idosas, da fase aguda para o âmbito domiciliar, ou para outros ambientes de cuidado. O TCM tem como foco central o preparo do paciente e cuidador familiar para o manejo efetivo das mudanças associadas à saúde de pessoas com múltiplas morbidades crônicas e o enfrentamento das complexas transições entre o contexto hospitalar e domiciliar (NAYLOR et al., 2004; NAYLOR et al., 2009; NAYLOR et al., 2013).

O modelo inclui estratégias focadas no planejamento da alta hospitalar e no acompanhamento domiciliar de adultos e idosos com alto risco para a readmissão (NAYLOR et al., 2004; NAYLOR et al., 2009; NAYLOR et al., 2013). As intervenções devem ter duração de um a três meses, e o modelo é direcionado a pessoas com déficits cognitivos ou pelo menos duas das seguintes condições: idosos com 80 anos ou mais; déficits funcionais; condição psiquiátrica aguda; quatro ou mais comorbidades; seis ou mais medicamentos prescritos; duas ou mais hospitalizações em período inferior a seis meses; inadequado suporte social; precário letramento funcional em saúde; e baixa adesão às recomendações clínicas (NELSON, 2015).

Na fase de cuidados agudos, faz-se uma avaliação avançada e, em seguida, desenvolve-se um plano de transição com a colaboração da equipe multidisciplinar do hospital. Os pacientes que participam do TCM recebem cuidado individualizado e são monitorados por meio das visitas hospitalares e domiciliares, bem como durante consultas com os médicos de cuidados primários; também recebem orientação e

suporte diário via telefone, após o período de hospitalização (NAYLOR et al., 2004; NAYLOR et al., 2009; NAYLOR et al., 2013; NELSON, 2015; RENNKE; RANJI, 2015).

Os pilares deste modelo englobam o engajamento do paciente; a definição de metas com paciente e família; comunicação com paciente, familiares e equipe multiprofissional; e educação em saúde, a fim de preparar o paciente para a identificação precoce e pronta resposta aos riscos e sintomas que predizem complicações clínicas. Com isso é possível alcançar resultados mais positivos a longo prazo e evitar eventos adversos, tais como uma futura hospitalização (NAYLOR et al., 2004; NAYLOR et al., 2009; NAYLOR et al., 2013; NELSON, 2015; RENNKE; RANJI, 2015). Destaca-se que este modelo requer ainda uma enfermeira de prática avançada e um(a) enfermeiro(a) de cuidado transicional (*transitional care nurse*), com mestrado, conhecimentos e habilidades avançadas em cuidados complexos, de modo a fornecer amplo planejamento e acompanhamento domiciliar por meio da gestão da comunicação entre os diferentes ambientes de cuidado, acompanhando o paciente na primeira consulta de seguimento na atenção primária (NAYLOR et al., 2004; NAYLOR et al., 2009; NAYLOR et al., 2013; NELSON, 2015; RENNKE; RANJI, 2015).

Outro modelo que tem demonstrado resultados promissores para a redução dos custos de hospitalizações e das taxas de readmissão é o Programa de Intervenções de Cuidado Transicional (CTI – *CareTransitions Intervention Program*), desenvolvido por Eric Coleman da Universidade do Colorado, o qual tem sido implementado em diversos hospitais americanos e até mesmo em outros países (COLEMAN et al., 2003; COLEMAN; BERENSON, 2004; COLEMAN et al., 2006; PARRISH et al., 2009; RENNKE, RANJI, 2015). Ele também pode ser denominado modelo de transferência de competências (*Skill Transfer Model*) ou modelo de intervenção de transição de Coleman (*Coleman Transitions Intervention Model and Coleman Model*) (COLEMAN et al., 2003; COLEMAN; BERENSON, 2004; COLEMAN et al., 2006; PARRISH et al., 2009; RENNKE; RANJI, 2015).

Trata-se de um programa de quatro semanas, direcionado a pacientes com necessidades de cuidados complexos e cuidadores familiares que receberão, por meio de visitas domiciliares e ligações telefônicas, as ferramentas para aprender as habilidades de autogerenciamento que irão assegurar suas necessidades durante a transição do hospital para o domicílio. Nesse modelo, as enfermeiras de prática avançada são reconhecidas como *transitions coach* (COLEMAN et al., 2003;

COLEMAN; BERENSON, 2004; COLEMAN et al., 2006; NELSON; PULLEY, 2015; RENNKE; RANJI, 2015).

Os quatro pilares que fundamentam esse modelo são: gerenciamento dos medicamentos; elaboração do prontuário pessoal, que é compartilhado entre os diferentes espaços de cuidado; acompanhamento com o médico da atenção primária e identificação de sinais de complicação; fornecimento de informações sobre quem o paciente deverá prontamente contatar caso identifique esses sinais (COLEMAN et al., 2003; COLEMAN; BERENSON, 2004; COLEMAN et al., 2006; NELSON; PULLEY, 2015; RENNKE; RANJI, 2015).

O programa é dividido em duas etapas, sendo que a primeira diz respeito ao treinamento no hospital realizado pelo *transitional coach*, durante o qual a enfermeira descreve o programa ao paciente e cuidador e obtém o consentimento de ambos para participar. Nesse momento, ela também apresenta o prontuário e agenda a primeira visita domiciliar para até, no máximo, 72 horas após a alta hospitalar. O treinamento tem início durante a fase de hospitalização, porém o profissional por ele responsável não assume a incumbência dos cuidados em casa e nem da gestão de casos (COLEMAN, 2003; COLEMAN et al., 2003; COLEMAN et al., 2006).

A segunda etapa do programa consiste na visita domiciliar propriamente dita, durante a qual há uma revisão das medicações em uso pré e pós-hospitalização, revisão e atualização do plano de cuidados individualizados, discussão dos sinais e sintomas relacionados ao efeito das medicações. Estabelece-se ainda um sistema de análise e resposta (COLEMAN, 2003; COLEMAN et al., 2003; COLEMAN et al., 2006).

Após essa etapa de visita domiciliar, são realizados três contatos, via telefone, com o objetivo de corrigir questões relacionadas às medicações, discutir os resultados das visitas com profissionais responsáveis pelo acompanhamento do paciente na atenção primária, descrever os serviços de suporte e apoio disponíveis, auxiliar no agendamento de consultas e acompanhamentos adicionais de acordo com as necessidades dos pacientes (COLEMAN et al., 2006).

O CTI foi estudado em diferentes configurações de cuidados agudos, e os resultados dos estudos mostram redução estatisticamente significativa nas taxas de readmissões entre 30 e 90 dias. As intervenções desenvolvidas podem ser também promissoras para solucionar as deficiências que prejudicam a qualidade do processo de transição de cuidado (RENNKE; RANJI, 2015). Ressalta-se que, em virtude da flexibilidade das intervenções inerentes a esse modelo, o mesmo torna-se aplicável e

sensível às necessidades de pacientes, hospitais e organizações de saúde comunitária, no sentido de favorecer a eficácia das transições de cuidados (PARRISH et al., 2009).

Uma equipe de pesquisadores da *Boston University Medical Center (BUMC)*, nos Estados Unidos, desenvolveu, de 2009 a 2012, com financiamento da Agência de Investigação e Qualidade em Saúde (*Agency for Health Research and Quality - AHRQ*) e do *National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI)*, um conjunto de ferramentas para melhorar o processo de alta hospitalar, denominado Redesenhando a Alta (*Re-Engineered Discharge - RED*) (JACK et al., 2009; JACK et al. 2013). Esse modelo foi desenvolvido com o objetivo de ajudar os hospitais, especialmente aqueles que atendem diversas populações e que identificaram a necessidade de reestruturar o processo de alta hospitalar (JACK et al., 2009; JACK et al., 2013).

A *Joint Commission Resources (JCR)* auxiliou hospitais a implementarem a intervenção RED, visando melhorar a assistência ao paciente para o autocuidado e reduzir a probabilidade de readmissão. Os principais fatores identificados relacionados às readmissões que culminaram na elaboração do RED foram: atraso na transferência do resumo de alta hospitalar, o que significa que o médico de cuidados primários não está ciente das informações pertinentes ao paciente, como o diagnóstico e exames realizados; resultados de exames não inseridos no relatório de alta; falta de acompanhamento após a alta; e ausência de orientações para reconciliação de medicamentos e eventos adversos (JACK et al., 2009; JACK et al., 2013).

Diante desses resultados, foi disponibilizada assistência técnica a 269 organizações hospitalares dos Estados Unidos para a implementação do RED, cujos resultados têm se mostrado promissores na qualidade e segurança do processo de alta hospitalar e na redução de taxas de readmissões (JOINT COMMISSION, 2012; JOINT COMMISSION, 2015).

Trata-se de um modelo que adota princípios da competência cultural e, desse modo, garante que essas ações atendam pacientes de diversas origens, inclusive com diferentes idiomas, culturas, raças, etnias, educação, alfabetização e status social (JACK et al., 2009; JACK et al., 2013). Esse modelo inclui um componente hospitalar implementado por uma enfermeira, gestora da alta, responsável por garantir a ampla educação em saúde do paciente, a coordenação do cuidado pós-alta, a reconciliação

medicamentosa e a transmissão do sumário de alta ao médico responsável pelo seguimento e acompanhamento após a alta (JACK et al., 2009; JACK et al., 2013).

O plano de cuidados após a alta hospitalar deve incluir o planejamento de alta por escrito, o motivo da hospitalização, a lista de medicamentos no momento da alta, o contato do médico da atenção primária, as informações sobre o seguimento do paciente, o calendário de consultas e as datas previstas e informações sobre os testes de laboratório pendentes e exames futuros. Além disso, realiza-se acompanhamento via telefone no período de 72 horas após a alta hospitalar, com o objetivo de avaliar as consultas e os medicamentos, bem como questões médicas e condutas a serem tomadas diante de problemas (JACK et al., 2009; JACK et al., 2013).

O RED é composto por um conjunto de ações que se reforçam mutuamente e compõem a fase intra-hospitalar, pós-alta hospitalar e cuidado após a alta; essa fase inclui a presença de um farmacêutico clínico (JACK et al., 2009; JACK et al., 2013). O Quadro 1, a seguir, apresenta este conjunto de ações.

Quadro 1- Componentes das ações do modelo Redesenhando a Alta (*Re Engineered Discharge - RED*), JACK et al. (2009).

Componentes de cuidados na fase intra-hospitalar
<ul style="list-style-type: none"> • Orientação do paciente sobre o seu diagnóstico durante toda a sua permanência no hospital. • Agendar consultas clínicas de acompanhamento pós-alta de acordo com datas e horários convenientes ao paciente. Coordenar consultas médicas, exames e outros serviços de atendimento. Discutir a importância das consultas médicas. Confirmar se o paciente sabe a localização, as linhas de ônibus e condições de transporte, a fim de identificar eventuais obstáculos para que ele compareça aos compromissos. • Discutir com o paciente testes ou planos de cuidados que ficaram pendentes no hospital e dar continuidade. • Organizar os serviços de acompanhamento pós-alta e certificar-se de que o paciente compreende a importância de tais serviços. Agendar consultas em horários convenientes ao paciente. Discutir os detalhes de cada serviço que será oferecido. • Confirmar o plano de medicamentos, conciliar o regime de medicação de alta, explicar quais medicamentos devem ser tomados e enfatizar qualquer alteração no regime terapêutico. Esclarecer o propósito de cada medicamento, explicar como consumi-los corretamente, orientar sobre efeitos colaterais e certificar-se de que o paciente sabe como obtê-los. • Reconciliar o plano de alta com as diretrizes nacionais e caminhos críticos. • Revisar com o paciente medidas adequadas que devem ser tomadas diante de eventual problema e orientar sobre como contatar prestadores de cuidados primários, fornecendo números de contato para atendimento à noite e aos fins de semana. Orientar sobre o que se constitui uma emergência e o que fazer nesta situação. • Encaminhamento de um resumo de alta para os setores de atendimento e serviços médicos para assegurar a responsabilidade pelo cuidado do paciente. Este documento deve conter: <ul style="list-style-type: none"> • Motivo da internação com diagnóstico principal específico e achados importantes; • Procedimentos, cuidados realizados, tratamento e serviços prestados ao paciente; • Condição do paciente no momento da alta; • Lista de medicamentos completa e reconciliada (incluindo alergias); • Lista de questões médicas da fase aguda e resultados completos de exames, incluindo a informação de resultados pendentes no momento da alta que requerem acompanhamento. • Informações sobre a admissão do paciente nos serviços de consultoria, inclusive de terapia de reabilitação; • A fonte original desse documento deve estar em posse imediata do transcritor e ser visível sempre que necessário, permitindo transcrever informação de um documento para outro. • Avaliar o grau de compreensão do paciente solicitando que ele explique, com suas próprias palavras, os detalhes do Plano. Entrar em contato com membros da família que irão partilhar as responsabilidades de cuidado.
Plano de cuidados após a alta hospitalar
<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer ao paciente um plano de cuidados por escrito no momento da alta contendo as seguintes informações: <ul style="list-style-type: none"> • Motivo da internação (diagnóstico de alta e comorbidades significativas); • Lista de medicamentos de alta (como e quando tomar cada um deles e como obtê-los); • Informações de contato e imagem do prestador de cuidados primários e gestor de alta; Informações para cuidados de acompanhamento primário, cuidados especiais e compromissos de teste ambulatorial; • Calendário com consultas e exames agendados; • Informações para resultados de testes e estudos ainda não disponíveis no momento da alta.
Plano de cuidados farmacêuticos após a alta
<ul style="list-style-type: none"> • Ligar para o paciente com o intuito de reforçar o plano de alta, rever medicamentos e resolver problemas. • Fornecer reforço telefônico do plano de cuidados.

Fonte: JACK et al. (2009 p.180) Reprodução e tradução autorizadas pelo autor principal (ANEXO C).

Estudos científicos avaliaram positivamente a implementação do RED e, no geral, houve redução de 9,39% para 3,24% na taxa de readmissão após 30 dias da alta (POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014). Análise financeira identificou que, neste período, os pacientes do RED custaram cerca de \$ 412 a menos em relação aos demais que não participaram desta intervenção, o que representou uma redução de custo de 33,9% para este grupo. Ressalta-se que tais resultados têm implicações importantes para a qualidade e os custos dos cuidados nos Estados Unidos (JACK et al., 2008; JACK et al., 2013).

No ano de 2008, por iniciativa da *Society Hospital Medicine*, uma equipe formada por líderes em saúde e medicina hospitalar desenvolveu o projeto *Better Outcomes by Optimizing Safe Transitions* (Project BOOST). Este projeto também contou com o apoio da Fundação John A. Hartford e continuou a ser revisado e aprimorado ao longo dos anos (HANSEN et al., 2013; NELSON, 2015). Trata-se de um modelo desenvolvido para melhorar o cuidado transicional entre idosos adultos hospitalizados, cujo foco reside na identificação de pessoas com elevado risco para readmissão, na comunicação efetiva do plano de alta e na garantia de acompanhamento individualizado, por meio de ligações telefônicas após a alta e do agendamento de consultas com os profissionais da atenção primária (HANSEN et al., 2013; NELSON, 2015).

Esse modelo de cuidado enfatiza os processos de alta e de comunicação com os pacientes e profissionais de saúde e, para tanto, utiliza uma abordagem ampla e sistêmica, com ferramentas de auxílio clínico na melhoria das práticas hospitalares (HANSEN et al., 2013; NELSON, 2015).

Em 2014, a *Society of Hospital Medicine* (SHM) apresentou uma segunda edição revisada desse documento, que incorporou a literatura mais recente sobre transições de cuidados, bem como experiências de atividades desenvolvidas com os mentores do programa BOOST (professores especialistas) e hospitais BOOST participantes (mais de 180 nos EUA e no Canadá) (NELSON, 2015). O modelo fornece suporte técnico e educação para estruturar equipes de gestão e auxiliar na criação de uma comunidade de indivíduos que compartilhem livremente estratégias para implantação do programa (HANSEN et al., 2013; NELSON, 2015).

Constituem objetivos do programa BOOST: identificar pacientes de alto risco na admissão e intervenções específicas de risco; reduzir as taxas de readmissão de 30 dias para pacientes clínicos em geral, bem como o tempo de permanência;

melhorar a satisfação do paciente na instalação e os escores do plano de assistência pós-alta hospitalar; e otimizar o fluxo de atendimento e de informações entre os serviços ambulatoriais e de internação (HANSEN et al., 2013; NELSON, 2015).

As ferramentas e a abordagem do projeto BOOST baseiam-se em princípios de melhoria da qualidade da assistência à saúde (QI) e da prática baseada em evidências, bem como nas experiências pessoais e institucionais de saúde (NELSON, 2015).

Esse kit de ferramentas do BOOST envolve o planejamento da alta, a comunicação entre paciente e cuidador familiar, assim como entre prestadores de assistência hospitalar e instituições de cuidados primários antes da alta. Inclui também acompanhamento pós-alta via telefone, agendamento de consultas, planejamento de alta centrado no paciente, de forma que ele seja inserido ativamente no seu próprio cuidado (HANSEN et al., 2013; NELSON, 2015).

O projeto BOOST disponibiliza ainda uma ferramenta para avaliação de risco, denominada 8 P's, cujo objetivo é identificar fatores modificáveis que possam contribuir para a ocorrência de complicações pós-alta e que, portanto, devem nortear o planejamento da alta hospitalar. São eles: polifarmácia; comorbidades psicológicas; diagnóstico principal de câncer, acidente vascular cerebral, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica ou insuficiência cardíaca; limitações físicas ou funcionais; déficits no letramento funcional em saúde; déficits no apoio social; hospitalizações prévias, nos seis meses antecedentes à atual internação; e necessidade de cuidados paliativos (HANSEN et al., 2013; NELSON, 2015).

O modelo de cuidados BOOST sugere que pequenos ganhos podem ser alcançados por meio da implementação de práticas baseadas em evidências, facilitadas por um modelo orientado de cuidados (HANSEN et al., 2013). O conjunto de ferramentas permite analisar processos e fluxos de trabalho atuais, selecionar intervenções eficazes, redesenhar a dinâmica de trabalho, implementar intervenções, educar a equipe sobre as melhores práticas em saúde, promover abordagem em equipe para que o processo de alta ocorra de forma segura e eficaz e avaliar as necessidades de mudanças das intervenções inicialmente previstas no plano de cuidados (HANSEN et al., 2013, NELSON, 2015).

O sucesso da implementação desse pacote de intervenções está intimamente relacionado ao grau de apoio institucional, ao engajamento da equipe de trabalho para redução de readmissão e ao maior apoio pessoal e clínico para mudanças. Dessa

forma, a ação mais eficaz desse projeto depende do papel do facilitador de orientação externa (HANSEN et al., 2013).

Já o “*Adopting a Common Approach to Transitional Care Planning*” (HEALTH QUALITY ONTARIO, 2014) e o *modelo Best PATH – Transitions Care* (HEALTH QUALITY ONTARIO, 2012) foram elaborados em Ontário, no Canadá, e trazem recomendações para melhorar as transições de cuidado no sistema de saúde canadense, por meio da implementação de algumas diretrizes.

Esse modelo de continuidade dos cuidados enfatiza a necessidade de interligar um processo colaborativo de planejamento, avaliação, identificação e organização dos serviços disponíveis, a fim de atender às necessidades de pacientes e cuidadores familiares para o cuidado nos contextos domiciliar e comunitário. Isso facilita o fornecimento de assistência e a organização de atividades, além de promover a independência funcional do paciente. (HEALTH QUALITY ONTARIO, 2012; HEALTH QUALITY ONTARIO, 2014).

O foco deste modelo reside em melhorar a experiência de cuidado, no sentido de facilitar as transições e promover inicialmente aquelas mais acessíveis ao longo da rede de atenção à saúde, por meio de um sistema que assegure uma efetiva comunicação entre profissionais de saúde e usuários. Além disso, melhorar os resultados para pessoas com condições crônicas, por meio da utilização de práticas baseadas em evidências, e assegurar que os cuidados ocorram em um contexto e ambiente apropriados e seguros, contribui para a redução das taxas de hospitalizações e dos custos desnecessários e, portanto, é uma forma de favorecer a adequada utilização dos recursos (HEALTH QUALITY ONTARIO, 2012; HEALTH QUALITY ONTARIO, 2014).

No sistema canadense, em particular na província de Ontário, as práticas em saúde devem ser norteadas pelos princípios que estabelecem um compromisso comum entre a Instituição de Saúde para melhorar o processo de transição de cuidados entre o hospital e a continuidade dos cuidados (HEALTH QUALITY ONTARIO, 2012; HEALTH QUALITY ONTARIO, 2014). Destacam-se, entre esses princípios: 1. Planejamento da transição centrada nas pessoas (paciente, familiares, cuidadores informais); 2. Otimização da qualidade, segurança da alta e uso adequado dos recursos do sistema (por exemplo, minimizar readmissões e sala de emergência); 3. Início do planejamento da alta hospitalar na admissão do paciente, por meio de um processo interativo e contínuo no decorrer de todo o tratamento; 4. Avaliação e

documentação das necessidades de aprendizagem dos pacientes/cuidadores, considerando-se o nível de letramento funcional em saúde e a implementação de técnicas de *teach-feedback*; 5. Reconhecimento do papel fundamental desempenhado por todos na facilitação do planejamento da assistência de transição como parte da assistência coordenada e colaborativa, em todo o processo de continuidade dos cuidados de saúde (HEALTH QUALITY ONTARIO, 2012; HEALTH QUALITY ONTARIO, 2014).

No documento *Adopting a Common Approach to Transitional Care Planning*" (HEALTH QUALITY ONTARIO, 2014) são recomendadas nove práticas para o cuidado transicional, divididas nas seguintes categorias: práticas de pré-transição; práticas de planejamento da transição; e avaliação do risco pós-transição e efetiva continuidade do acompanhamento pós-transição. As práticas devem incorporar os elementos-chaves do protocolo *Best Path* relacionados ao modelo centrado nas pessoas (*Patient-Centered*), adequado às necessidades do paciente e da família (*appropriate*), e ao acesso imediato e oportuno nos serviços de saúde (*timelyHealthcare*) (HEALTH QUALITY ONTARIO, 2012; HEALTH QUALITY ONTARIO, 2014).

O Quadro 2 apresenta as categorias e as práticas para o planejamento da transição do cuidado descritas no *Adopting a Common Approach to Transitional Care Planning* (HEALTH QUALITY ONTARIO, 2014).

Quadro 2- As três etapas operacionais descritas pelo “*Adopting a Common Approach to Transitional Care Planning*”, Canadá, 2014.

CATEGORIAS	PRÁTICAS RECOMENDADAS
PRÉ-TRANSIÇÃO	1. Planejamento pré-transição é incorporado como um padrão de cuidados para pacientes que demandam cuidados complexos, internados em um centro de saúde.
	2. Os pacientes e cuidadores estão envolvidos como parceiros no processo de planejamento da assistência de transição.
	3. Avaliações individualizadas e abrangentes e planos de cuidados em saúde são desenvolvidos para pacientes que demandam cuidados complexos na admissão.
PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO	4. Planos de assistência de transição individualizados são desenvolvidos na admissão para pacientes com necessidades complexas.
	5. Protocolos são estabelecidos para assegurar a reconciliação medicamentosa em pontos-chave da transição.
	6. Familiares/cuidadores são providos com informações e recursos para apoiar a transição.
AValiação DE RISCOS NA CONTINUIDADE DO SEGUIMENTO NO PERÍODO PÓS- TRANSIÇÃO	7. Utilização de ferramentas de avaliação de risco para avaliar e estratificar pacientes com necessidades ou condições complexas.
	8. As transferências do cuidado deverão ocorrer de modo que os profissionais da atenção primária estejam envolvidos em todo o processo.
	9. Pacientes que demandam cuidados complexos devem receber acompanhamento via telefone no prazo de 48 horas após a alta hospitalar.

Fonte: Adopting a Common Approach to Transitional Care Planning. Canadá, (2014 p. 6)

Algumas atividades são recomendadas para esse processo, entre elas, estabelecer o uso de uma ferramenta de avaliação durante a admissão hospitalar, a fim de identificar pacientes com riscos de readmissão, para que o seu plano de cuidado seja adaptado às questões de não conformidades (HEALTH QUALITY ONTARIO, 2012; HEALTH QUALITY ONTARIO, 2014). Outras recomendações incluem o estabelecimento de parcerias com provedores de saúde da comunidade que possam visitar os pacientes em casa para rever listas de medicamentos, proporcionar educação em saúde e assegurar que os medicamentos estejam sendo administrados corretamente (HEALTH QUALITY ONTARIO, 2012; HEALTH QUALITY ONTARIO, 2014).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um *scoping review* conduzido segundo os pressupostos metodológicos de Arksey e O'Malley (2005), com as recomendações de Levac, Colquhoun e O'Brien (2010). Esse tipo de revisão de literatura tem sido cada vez mais implementado com a finalidade de examinar a extensão, o alcance, a natureza e identificar as lacunas existentes nas evidências das pesquisas em saúde (ARKSEY; O'MALLEY, 2005; DAVIS; DREY; GOULD, 2009).

O *scoping review* configura-se como uma síntese do conhecimento científico, o qual utiliza técnicas sistematizadas para: mapear a literatura científica relevante em uma determinada área do conhecimento, onde é difícil visualizar o volume de produção disponível; determinar a viabilidade para a realização de uma revisão sistemática completa; elaborar o resumo e a divulgação dos resultados de evidências em pesquisas (ARKSEY; O'MALLEY, 2005).

Esse método utiliza uma abordagem interativa, conceitual e interpretativa que ressalta a importância de desenvolver uma análise crítica com base na relevância, credibilidade e contribuição dos resultados e não especificamente tecer considerações metodológicas determinadas de análise e síntese (ARKSEY; O'MALLEY, 2005; LEVAC et al., 2010).

A síntese do conhecimento dos estudos identificados é apresentada por meio de narrativa, a qual sintetiza, de modo global, os resultados e as discussões sobre a temática (LEVAC et al., 2010). Esse tipo de revisão compreensiva não objetiva analisar a qualidade metodológica ou reinterpretar analiticamente a literatura (DAVIS; DREY; GOULD, 2009).

Foram percorridas cinco etapas para mapear a produção científica: (1) identificação da questão da pesquisa; (2) identificação dos estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; 4) mapeamento dos dados; e (5) confronto, resumo e relato dos resultados.

4.2 Identificação da questão de pesquisa

Para elaborar a questão norteadora, utilizou-se a estrutura mnemônica que consistiu em: população (P), pessoas que sobreviveram ao AVC e cuidadores familiares; conceito (C), modelos e intervenções de cuidado transicional, 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”?*

4.3 Identificação dos estudos relevantes

Nesta revisão foram incluídas pesquisas científicas com abordagens quantitativas e qualitativas. Para o componente quantitativo foram considerados os ensaios clínicos randomizados, os ensaios não randomizados controlados, os quase-experimentais, antes e depois, estudos prospectivos e retrospectivos de coorte, estudos de caso-controle e estudos transversais analíticos. No componente qualitativo, optou-se por incluir estudos com diferentes abordagens, tais como a fenomenologia, a teoria fundamentada, a etnografia, a pesquisa-ação e a pesquisa feminista. Também foram incluídas revisões sistemáticas (com ou sem meta-análise) e metassínteses.

Fez-se busca das literaturas cinzentas, definidas como documentos não comercialmente publicados, incluindo teses e dissertações, relatórios, blogs, notas técnicas, de pesquisa ou de outros documentos não independentes, produzidos e publicados por agências governamentais, instituições acadêmicas e outros grupos não distribuídos ou indexados por editoras comerciais (GODIN, 2015; MAHOOD, 2014).

Constituíram critérios de inclusão: ter como participantes pessoas adultas com AVC (18 anos de idade ou mais) e cuidadores familiares (18 anos de idade ou mais). Cuidador familiar foi definido como membro da família ou amigos envolvidos no processo de cuidado de indivíduos com AVC e que não receberam qualquer remuneração financeira para tanto (CAMERON et al., 2013). Ainda: estudos que descreveram os modelos de cuidado transicional e as intervenções de cuidado após o AVC, nos diferentes níveis dos sistemas de cuidados de saúde; estudos

desenvolvidos em distintos contextos, incluindo os hospitais, a residência, as instituições de longa permanência, clínicas ou ambulatórios, na comunidade, entre outros.

Foram excluídos os artigos que descreveram outras doenças crônicas além do acidente vascular cerebral e protocolos de pesquisa.

4.4 Busca sistematizada e seleção dos estudos

A busca abrangente e compreensiva da literatura foi realizada nas três etapas recomendadas pelo Instituto Joanna Briggs (THE JOANNA BRIGES INSTITUTE, 2015), e ocorreu de janeiro a junho de 2016.

Na primeira etapa fez-se a busca inicial no MEDLINE e CINAHL, com o objetivo de refinar e analisar as palavras contidas nos títulos, resumos e citadas como palavras-chaves. Isso permitiu mapear os descritores controlados e não controlados utilizados nos estudos e definir a lista ampliada de termos utilizados na etapa subsequente. Na segunda etapa, por meio do protocolo direcionado, utilizando a combinação dos descritores e palavras-chave, implementou-se a busca nas bases de dados. Na terceira etapa, a busca foi realizada, assim como o rastreamento das citações e checagem das listas de referências de todos os documentos selecionados.

Foram consultadas cinco bases de dados, selecionadas por possibilitarem extensa pesquisa em literaturas 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. Definiu-se, para cada base, uma estratégia específica de busca, considerando o uso da terminologia padronizada (Quadro 3).

Quadro 3- 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*)
	"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	

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
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

A busca por literature cinzenta foi implementada nas seguintes bases: *Google scholar*, *Joint Commission International (JCI)*, *National transitions of Care Coalition (NOTOCC)* e *Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR)*.

Estudos publicados entre janeiro de 2006 a junho 2016, nos idiomas inglês, espanhol e português, foram incluídos nesta revisão. Estabeleceu-se o período de pelo menos 10 anos para captar a literatura mais recente, uma vez que estudos de implementação do cuidado transicional são relativamente novos nos sistemas de saúde.

Para o gerenciamento e organização das referências, o processo de busca e seleção ocorreu mediante auxílio do software de gerenciamento bibliográfico *EndNote X7*. Trata-se de um importante instrumento que possibilitou o agrupamento das informações de forma sistematizada e, assim, facilitou o acesso aos artigos e a leitura dos resumos. Todas as referências foram importadas para esse software, o que permitiu a organização dos dados e a identificação de textos repetidos.

A seguir, todos os títulos e resumos foram inseridos em um arquivo elaborado no programa *EndNote X7*, incluindo duas cópias - uma para cada revisor assinalar os estudos selecionados de acordo com o seu julgamento se, pelo título e resumo, o estudo atendia aos critérios de inclusão já mencionados.

Dois pesquisadores realizaram a avaliação de forma independente da mesma amostra de referências. A discordância entre ambos, em termos da elegibilidade do estudo, foi solucionada de forma consensual não havendo necessidade de incluir o terceiro revisor. A avaliação da qualidade metodológica ou de risco de viés dos artigos

incluídos não foi realizada, pois o objetivo do estudo de *scoping review* é fornecer um quadro amplo da literatura.

4.5 Mapeamento dos dados

Os estudos selecionados foram lidos na íntegra e mapeados de modo a possibilitar a identificação das semelhanças, dos temas e das lacunas do conhecimento. Esses dados foram inseridos em um formulário de mapeamento que contemplou aspectos relacionados às características gerais da produção científica, tais como: autor; instituição de vínculo do(s) autor (es); título do estudo; título do periódico; ano da publicação. Outros dados foram utilizados para transcrever informações mais específicas relativas ao detalhamento do estudo, tais como: metodologia; fenômeno de interesse; análise dos dados e conclusões. O formulário para o mapeamento de dados qualitativos está apresentado no apêndice A, e o formulário para dados quantitativos no apêndice B.

4.6 Comparação, resumo e relato dos resultados

Apesar do “*scoping review*” requerer a construção de um quadro analítico ou temático, a fim de alcançar uma narrativa importante da literatura existente, não há qualquer pretensão de apresentar uma visão sobre o peso das evidências em relação a intervenções específicas ou políticas, porque esse tipo de pesquisa não pretende avaliar a qualidade dos achados e, portanto, não há necessidade de referir estudos específicos para apresentar resultados robustos ou generalizáveis (ARKSEY; O’MALLEY, 2005).

Essa fase foi dividida em três etapas distintas: (a) Sumarização, incluindo a numérica, resumo descritivo e análise temática qualitativa; (b) comunicação dos resultados e produção de achados referentes ao objetivo global ou à questão de pesquisa; (c) apresentação do significado dos resultados e de como eles se relacionam com o objetivo geral do estudo; discussão sobre as implicações para futuras pesquisas, práticas clínicas e políticas (LEVAC et al., 2010).

Esses resultados foram apresentados em tabelas e quadros, o que permitiu identificar quais os tipos de estudos, intervenções e países têm se dedicado à

compreensão dessa temática. Por meio da técnica de análise temática qualitativa foram incluídos núcleos temáticos estruturados.

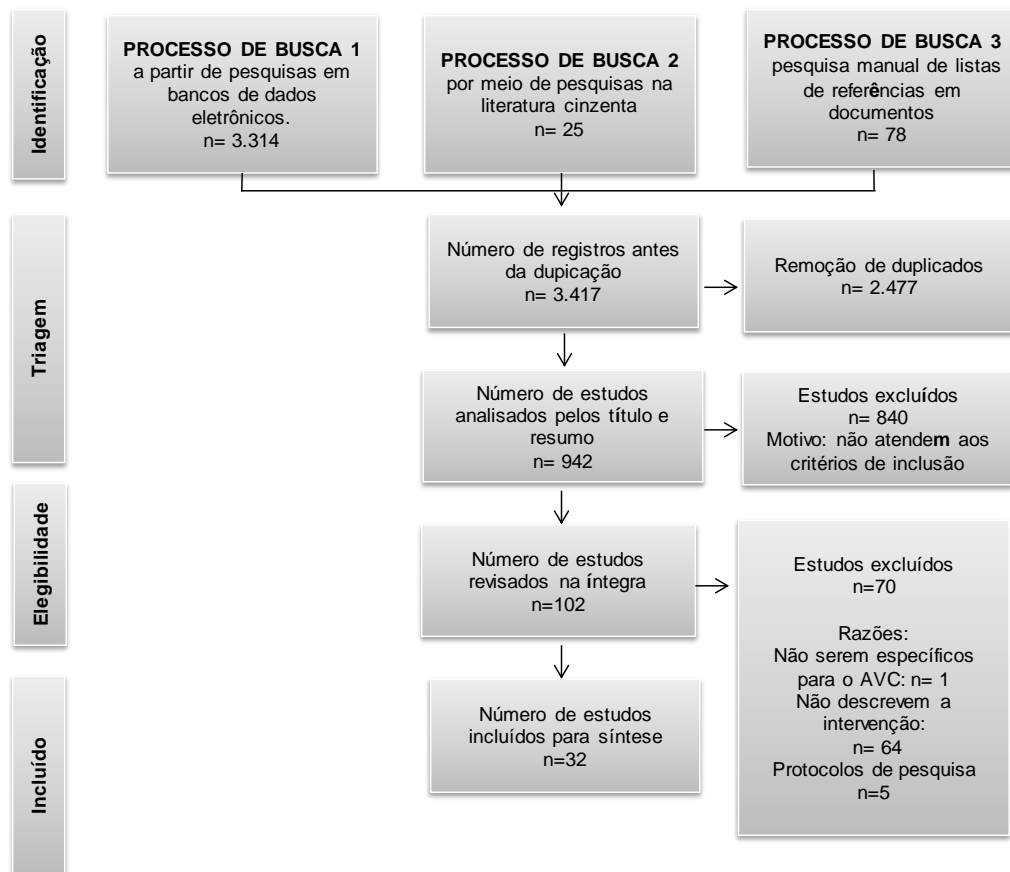
Os núcleos temáticos da análise qualitativa foram estruturados com base nos domínios de intervenções descritos no consenso de Snow et al., (2009) e no modelo de transição ideal do cuidado proposto por Burke et al., (2013), que possibilitou estabelecer um fio condutor para a complexa compreensão das múltiplas estratégias adotadas em cada domínio central do modelo.

5 RESULTADOS

5.1 Resultados da busca sistematizada

Foram inicialmente identificados 3.417 estudos. Destes, 3.314 foram por meio da busca em base de dados eletrônicas, 25 por meio de busca na literatura cinzenta e 78 pela busca manual de revistas-chave e listas de referências em documentos, conforme apresentando a seguir (Figura 2). Verificou-se o seguinte quantitativo específico por base: MEDLINE (n= 724), *WEB OF SCIENCE* (n= 162), CINAHL (n=452), *PsychINFO* (n= 272), SCOPUS (n= 1.343); EMBASE (n=361); Google scholar (n=10); *Joint Commission* (n=8); NTOCC (n=4) e AHQR (n=3).

Figura 2- Diagrama PRISMA referente à elegibilidade dos estudos



Fonte: elaborado pelas autoras

Após a remoção dos títulos duplicados, fez-se a triagem de 942 títulos e resumos, sendo excluídos 840 por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos. Por meio da leitura na íntegra dos 102 potencialmente elegíveis,

excluíram-se 70. Entre os motivos que levaram às exclusões, estão: estudos não específicos sobre AVC (1), outros que não apresentavam as etapas descritivas dos modelos e das intervenções de cuidado transicional (64) e alguns por serem protocolos de pesquisa (5). Assim, a amostra final foi composta de 32 estudos (Figura 2).

5.2 Caracterização dos estudos elegíveis

A maioria dos estudos publicados entre 2006 e 2016 foram conduzidos nos Estados Unidos (8 artigos), no Canadá (5 artigos) e no Reino Unido (4 artigos). As abordagens metodológicas identificadas foram: 14 estudos experimentais, 3 com métodos mistos, 6 qualitativos, 2 observacionais, 2 *surveys*, 2 revisões sistemáticas com meta-análise, 2 revisões conceituais e 1 *guideline*. Grande parte dos estudos foram publicados em revistas temáticas específicas para a reabilitação (18 artigos – 56,2%). Entre os 32 artigos analisados, nove abordaram modelos de cuidados transicionais e 23 intervenções de cuidado transicional relacionados ao AVC.

5.3 Modelos de cuidado transicional após acidente vascular cerebral

Foram identificados seis modelos explicativos relacionados à experiência de pacientes e cuidadores na trajetória do cuidado (CAMERON; GIGNAC, 2008; GILMORE et al., 2008) e modelos descritivos de recomendações para delineamento das intervenções de cuidado transicional (ALLEN et al., 2009; BREWER; WILLIAMS, 2012; CAMERON et al., 2016; FISHER et al., 2012; GORLITZ; RASHID; WEINHARDT, 2012; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007) (Quadro 4).

Quadro 4- Modelos de cuidado transicional identificados para acidente vascular cerebral.

AUTOR/ANO	PAÍS	MODELO	SÍNTESE DOS ASPECTOS CENTRAIS
<p>CAMERON; GIGNAC, 2008</p>	<p>Canadá</p>	<p><i>Timing it right framework (TIR)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 Transteórico 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>STROKE STRATEGY SOUTHWESTER N ONTÁRIO, 2008</p>	<p>Canadá</p>	<p><i>Pathways for people with stroke to live fully in the community</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo explicativo fundamentado nas seguintes concepções: processo colaborativo entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, para o estabelecimento das metas terapêuticas; planejamento integrado da alta hospitalar, iniciado na admissão do paciente, revisado ao longo de toda a internação; treinamento de habilidades por meio de intervenções educacionais processuais, em todos os níveis de atenção à saúde, com foco na mudança de comportamento e em estratégias para o autogerenciamento do cuidado. <p>Itens descritos no modelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de ofertar suporte adequado com avaliação do ambiente domiciliar, acesso ao ambulatório e à reabilitação comunitária; • Avaliação da capacidade da família e do cuidador informal para promoção da continuidade do cuidado; • A transferência, em tempo oportuno, de informações clínicas entre os diferentes níveis de cuidado; a identificação das redes de recursos comunitários, cuidados de longa duração e atenção domiciliar; • Monitoramento contínuo dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e emocionais que envolvem a recuperação, o enfrentamento e a adaptação após a alta hospitalar ou o centro de reabilitação. • Designação de um profissional de saúde responsável pelo acompanhamento da transição do cuidado entre os diferentes níveis, denominado “<i>Stroke Navigator</i>” (função de evitar as

AUTOR/ANO	PAÍS	MODELO	SÍNTESE DOS ASPECTOS CENTRAIS
			perdas no sistema ou a ruptura na continuidade do cuidado e melhorar o conhecimento, o autogerenciamento e o enfrentamento do AVC).
CAMERON et al., 2016	Canadá	<i>Managing Stroke Transitions after stroke</i>	<ul style="list-style-type: none"> Essa atualização destaca a necessidade de melhorar a comunicação não somente entre profissionais de saúde e pacientes, mas também entre os próprios profissionais de saúde; apresenta um modelo de melhoria contínua com vistas ao planejamento do sistema de saúde e à otimização da prevenção do acidente vascular cerebral. Apresenta secções específicas com recomendações relacionadas ao apoio ao paciente e ao cuidador por meio do seguimento das transições; à educação do paciente e da família após o AVC; à comunicação interprofissional e ao planejamento da alta; à reintegração comunitária após o AVC e à transição para cuidados de longa duração.
ALLEN et al., 2009	Estados Unidos	STEPS CARE	<ul style="list-style-type: none"> Propõe um modelo para o gerenciamento de cuidados no período de seis meses após a alta da unidade de AVC agudo ou de um hospital de reabilitação. Dois elementos fundamentais asseguram a ligação dos componentes do modelo de cuidado: a presença de um enfermeiro gestor de práticas avançadas e uma equipe interdisciplinar de consulta pós-AVC. Fundamentado em uma abordagem compreensiva do cuidado, tem como elementos: <ul style="list-style-type: none"> Liderança organizacional: abordagem interdisciplinar, incluindo atendimento médico e apoio administrativo; assistente social que realiza encaminhamentos para recursos disponíveis na comunidade e atendimentos médicos; disponibilização do serviço de psicologia para assegurar ajuda psicológica adequada. Suporte para o autogerenciamento do cuidado: educação em saúde específica para o AVC, com base em programas de prevenção na comunidade; acompanhamento regular após a alta por meio da colaboração do paciente com o plano de cuidados, definição de metas e resolução de problemas; cuidados autogerenciados, para fornecer ao paciente um resumo escrito das intervenções médicas e psicossociais. Redesenho do sistema de reintegração: Guia de riscos pessoais para o AVC; treinamento de habilidades. Apoio e decisão: condução de uma equipe interdisciplinar de profissionais de saúde para auxiliar o médico da atenção primária no cuidado de pacientes após AVC; acompanhamento frequente e regular. Sistemas de informação clínica: protocolos baseados em evidências e diretrizes nacionais; detalhamento acadêmico fornecido por lideranças formadoras de opinião, comunicação aos planos de assistência computadorizada dos resultados de exames e do planejamento de alta; avaliações e orientações via telefone, fax ou pessoalmente; livro

AUTOR/ANO	PAÍS	MODELO	SÍNTESE DOS ASPECTOS CENTRAIS	
			<p>personalizado para a gestão de riscos e mudanças no estilo de vida; folheto educativo sobre fatores de riscos modificáveis e metas.</p>	
<p>LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p><i>Early support discharge framework (ESD)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo para o estabelecimento de ações de reabilitação na transição do cuidado, o que requer planejamento da alta hospitalar por uma equipe multidisciplinar especializada no atendimento a pessoas com AVC. • O objetivo é oferecer suporte para coordenação e planejamento da alta hospitalar e reabilitação continuada quando os pacientes retornam para o domicílio; estabelecer ligação e comunicação eficazes entre os serviços de cuidado agudo e a equipe de ESD. • Envolve a abordagem integrada do cuidado e, para isso, o coordenador de cada caso ficará responsável por acompanhar a transição entre o ambiente hospitalar e ambulatorial enquanto o paciente ainda estiver na fase de internação. • Inicialmente deve ser realizada uma visita diagnóstica, antes da alta hospitalar, para identificar a necessidade de adaptações e o suporte necessário ao paciente, a fim de facilitar e agilizar o processo de alta. <p style="text-align: center;">Constituem recomendações das intervenções propostas nesse modelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suporte para o paciente viver com segurança em casa; • Decisão de alta com base na área de residência do indivíduo; • Identificação de paciente para o ESD; • Decisão de alta com base na dependência física e no grau de comprometimento; • Planejamento com base na clínica do indivíduo; • Duração de tratamento baseada na disponibilidade de serviços comunitários; • Consentimento do paciente para o tratamento; • Abordagem de acordo com as necessidades do paciente. • • Visita domiciliar quando o paciente ainda se encontra hospitalizado. • Visita informal ou contato telefônico por tempo determinado. • Estimulação da reintegração de papéis sociais e atividades de lazer. <p style="text-align: center;">Resultados de sucesso do modelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento da capacidade para atividades de vida diária; • Satisfação do paciente; • Satisfação do cuidador; 	
<p>LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007</p>	<p>Suécia</p>			
<p>FISHER et al., 2011</p>	<p>Reino Unido</p>			
<p>BREWER; WILLIAMS, 2010</p>	<p>Irlanda</p>			

AUTOR/ANO	PAÍS	MODELO	SÍNTESE DOS ASPECTOS CENTRAIS
			<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da qualidade de vida; • Redução da média de permanência; • Manutenção das taxas de readmissão.
<p style="text-align: center;">GORLITZ; RASHID; WEINHARDT, 2012</p>	<p style="text-align: center;">Alemanha</p>	<p style="text-align: center;"><i>Model of post-acute stroke manager</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esse modelo descreve um fluxograma de gerenciamento do caso após o AVC fundamentado na gestão de informações de modo claro, objetivo e compartilhado e de forma eletrônica entre os profissionais nos diferentes níveis que envolvem a transferência do cuidado. <p>Fase 1: Tratamento hospitalar (fase aguda completa – término do tratamento durante internação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Com o consentimento do paciente e da família, inicia-se, durante a internação, o registo tanto das atividades de gestão do cuidado quanto das informações relacionadas à saúde, neste caso no prontuário, e o histórico atual da hospitalização. • O gestor do caso planeja o cuidado do paciente e avalia as necessidades dos cuidadores para o acompanhamento do caso. • Abordagem de perspectivas após estabilização pelo médico e gestor de casos. <p>Fase 2: Preparo para a transferência do cuidado (recebe alta ou permanece no hospital aguardando o local de transferência)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção dos cuidados e acompanhamento até a alta hospitalar; • Transferência de responsabilidade para o serviço ambulatorial; • Orientação individualizada sobre as próximas etapas do tratamento. <p>Fase 3: Tratamento Ambulatorial e/ou Comunitário</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestão de casos para tratamento ambulatorial e/ou comunitário; • Visita domiciliar uma semana após a alta hospitalar; • Atividades paralelas, dependendo do estado do paciente, duas ou mais visitas de apoio; • Encerramento da gestão de casos após a reintegração comunitária e nos serviços de saúde comunitário.

AUTOR/ANO	PAÍS	MODELO	SÍNTESE DOS ASPECTOS CENTRAIS
			<p data-bbox="911 263 1619 292">Infraestrutura para o gerenciamento do AVC pós-agudo</p> <ul data-bbox="911 327 2074 885" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="911 327 1951 387">• Suporte eletrônico para a sofisticada gestão dos casos e compartilhamento das informações relevantes no tempo certo. <li data-bbox="911 387 2022 448">• Sistema eletrônico que permita disponibilizar os dados nas “nuvens”, de modo que as informações possam ser acessadas em qualquer lugar. <li data-bbox="911 448 2022 509">• Comunicação e intercâmbio de informações entre hospitais e prestadores de serviços médicos; relacionamento com clientes. <li data-bbox="911 509 2074 604">• As tarefas a serem executadas devem ser geradas automaticamente pelo sistema; caso o paciente necessite, solicita-se que o gerente de casos acompanhe e realize a avaliação e distribuição da informação, bem como coordene as próximas atividades. <li data-bbox="911 604 1962 665">• Documentação eletrônica clara e sistemática de processos relativos a pacientes, familiares, médicos, terapeutas e outros prestadores de serviços; <li data-bbox="911 665 2063 726">• Gestor do caso é responsável por realizar o registro das informações clínicas e de saúde do paciente. <li data-bbox="911 726 1951 786">• Suporte de telemedicina e outras tecnologias de assistência necessárias para o fornecimento de informações. <li data-bbox="911 786 1962 885">• Um Livro sobre a saúde após o AVC (tablet ou um livro regular) é distribuído aos pacientes e cuidadores, e outros recursos de telemedicina são utilizados para o acompanhamento domiciliar e comunitário.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Em 2008, Cameron e Gignac publicaram o *Timing it Right framework* (TIR) - um modelo explicativo da trajetória do cuidado transicional após o AVC, que pode ser considerado o referencial interpretativo atualmente utilizado para a proposição de protocolos em diferentes instituições do país. Esse modelo traz a descrição detalhada das ações preconizadas para acolher e informar os cuidadores familiares após o AVC (CAMERON; GIGNAC, 2008). Está centrado no pressuposto de que em todas as fases do modelo TIR os cuidadores necessitam de suporte informacional (informações sobre as causas do AVC, impacto sobre os sistemas corporais e atividades e opções de tratamento); suporte emocional (ajudar as pessoas a reduzirem os sentimentos de estresse e tristeza); suporte instrumental (ferramentas, planejamento ou treinamento para melhorar a capacidade do cuidador para o cuidar); suporte de avaliação (utilização da técnica de feedback e avaliação dos esforços do cuidadores para validar a experiência e ajudar a melhorar suas habilidades)(CAMERON; GIGNAC, 2008).

Essa trajetória de ações está subdividida em cinco fases. Na primeira delas, relacionada à admissão do paciente no contexto de cuidados agudos (Fase 1 - diagnóstico), os cuidados devem ser realizados por profissionais especializados, cuja função é orientar o cuidador com informações referentes ao diagnóstico da doença, ao prognóstico e ao tratamento atual implementado, bem como sobre as melhores decisões a serem seguidas para o tratamento. Nessa etapa também deverão ser adotadas intervenções para a gestão de estresse emocional (CAMERON; GIGNAC, 2008).

Na segunda fase, estabilização médica do paciente (Fase 2 - estabilização), devem ser iniciados o monitoramento de marcadores específicos de mobilidade e o aconselhamento familiar sobre desfechos da doença. Os familiares recebem suporte informacional relacionado às causas da doença e à necessidade de cuidados atuais, em especial alterações na mobilidade, comunicação, alimentação e funcionalidade. Os profissionais de saúde devem oferecer apoio emocional, por meio da escuta ativa, e apoio instrumental, por meio do início das orientações e do treinamento, para que os cuidadores compreendam como ajudar a pessoa que sobreviveu ao AVC em suas atividades cotidianas (CAMERON; GIGNAC, 2008).

Na terceira fase, preparo da alta para casa (Fase 3 - preparo), os profissionais de saúde têm como meta promover intervenções educativas que irão preparar os cuidadores para realização das atividades da vida diária de modo seguro, introdução de atividades educativas, aspectos relacionados à prevenção secundária do AVC e

informações sobre os recursos disponíveis na comunidade para gestão emocional e apoio social. Abordam-se também novas orientações para práticas de cuidados e terapias de reabilitação. As intervenções educativas devem ser direcionadas para as necessidades de aprendizagem e dúvidas do cuidador familiar, de forma que ele possa desenvolver habilidades para o gerenciamento do cuidado e a reintegração comunitária (CAMERON; GIGNAC, 2008).

Na quarta fase, ajuste para o paciente viver o primeiro mês em casa (Fase 4 - implementação), os profissionais da equipe multidisciplinar atuantes no contexto da atenção comunitária serão os responsáveis por monitorar e orientar os cuidadores quanto a: processo de adaptação à vida comunitária, serviços de saúde na atenção primária, médico da família, medicamentos, prevenção secundária e continuidade das atividades de reabilitação. Nessa etapa é fundamental oferecer treinamento adicional para o manejo do cuidado em casa, mediante a avaliação *in locu*, com o objetivo de verificar os desafios vivenciados pelo cuidador nesse processo (CAMERON; GIGNAC, 2008).

Na quinta fase, ajustes a longo prazo para a vida na comunidade (Fase 5 - adaptação), os profissionais de saúde deverão avaliar o grau de reintegração comunitária e verificar o acesso ao trabalho e lazer. Nessa etapa é preciso analisar e estabelecer metas futuras, bem como encaminhar a grupos de apoio. Importante também avaliar como está a vida do cuidador, sua saúde, seu estado emocional diante deste processo de adaptação e a promoção de cuidados domiciliares. A abordagem centrada nas pessoas, por meio da escuta ativa, do feedback e do aconselhamento, é uma das estratégias utilizadas para promoção da intervenção educativa (CAMERON; GIGNAC, 2008).

Outros dois modelos canadenses identificados foram o *Pathways for people with stroke to live fully in the community* (STROKE STRATEGY SOUTHWESTERN ONTÁRIO, 2008) e o *Managing Stroke Transitions after stroke* (CAMERON et al., 2016). Ambos representam o esforço coletivo de profissionais de saúde e pesquisadores canadenses comprometidos com o estabelecimento de ações eficazes para o gerenciamento das transições de modo consensual e em prol de qualidade e segurança do cuidado transicional.

Embora sejam documentos distintos, verificou-se que são interdependentes e construídos com o apoio de um grupo interprofissional de experts denominado

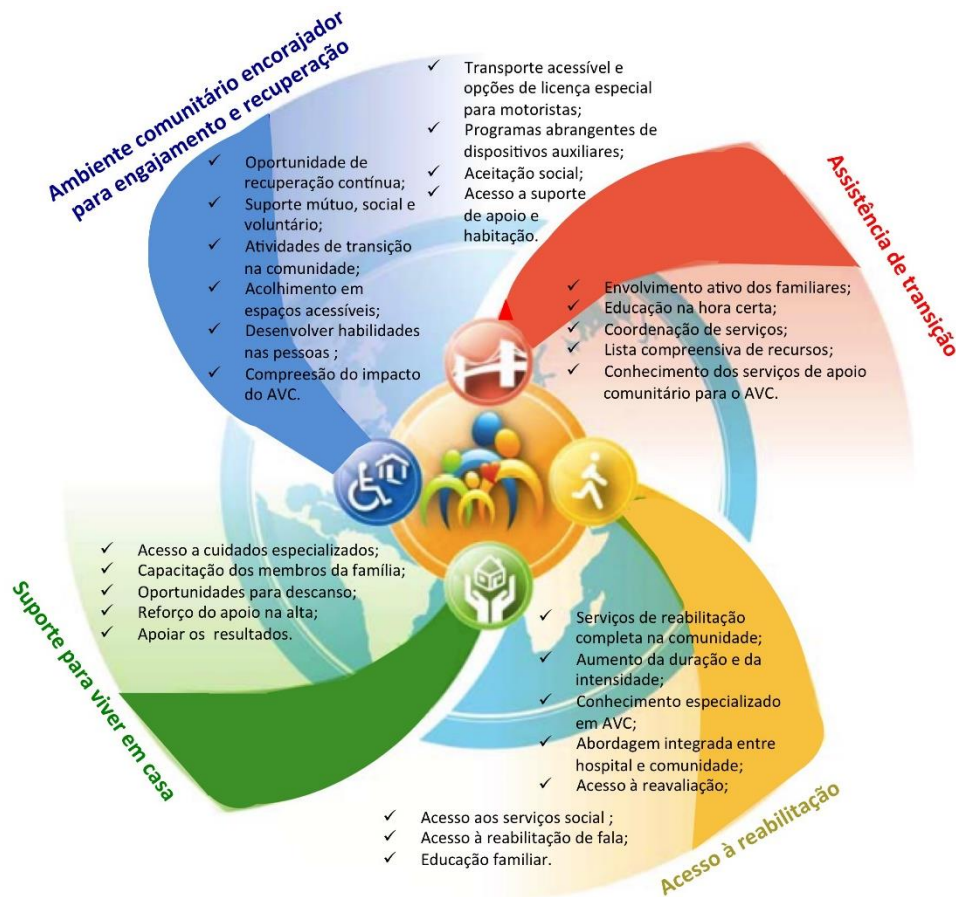
Canadian Stroke Best Practices (CSBPR) e da *Heart and Stroke Foundation of Canada*.

A CSBPR fornece uma série de recomendações que envolvem infraestrutura de princípios, protocolos clínicos e orientações de cuidados necessários, as quais devem ser implementados de forma integrada nos sistemas de saúde, com vistas à qualidade dos serviços em saúde para o AVC (*STROKE STRATEGY SOUTHWESTERN ONTÁRIO, 2008*).

A concepção de Transição do Cuidado após o AVC adotada por esse grupo incorpora no documento denominado *Pathways for people with stroke to live fully in the community*. Esse modelo, desenvolvido pelo *Southwestern Ontario Stroke Strategy*, subdivide a transição após o AVC em quatro etapas: assistência com a transição (suporte proativo e acompanhamento da transição para a comunidade); acesso à reabilitação; suporte para viver em casa; e engajamento, recuperação e encorajamento no ambiente comunitário (*STROKE STRATEGY SOUTHWESTERN ONTÁRIO, 2008*).

Em cada uma dessas etapas estão previstos componentes-chaves do processo de cuidar que envolvem a responsabilidade e a participação de todos os membros da equipe de saúde e da família na adoção de medidas que garantam o sucesso das transições e facilitem o retorno do paciente com AVC à comunidade (Figura 3).

Figura 3- Caminhos para que as pessoas com AVC vivam plenamente na comunidade proposto pelo *Stroke Strategy Southwestern Ontario*, 2008.



Fonte: *Stroke Strategy Southwestern Ontario* (2008, pág. 13). Reproduzida e traduzida com autorização de Gilmore (ANEXO B).

Fundamentados nessas concepções, Cameron et al. (2016) publicaram uma atualização do protocolo *Managing Transitions of Care Following Stroke* que inclui uma sumarização compreensiva das atuais recomendações, as quais devem ser adotadas por profissionais da saúde no cuidado a pacientes com AVC ao longo de sua assistência nos diferentes ambientes (CAMERON et al., 2016). Segundo esse consenso, o suporte aos pacientes, familiares e cuidadores após o AVC requer informação compartilhada, provisão de educação, treinamento de habilidades, suporte social e conhecimento sobre os serviços comunitários. As intervenções devem ser centradas no paciente e direcionadas às necessidades e aos valores das pessoas. Além disso, recomenda-se fazer avaliação contínua e monitoramento ao longo da transição de aspectos como o nível de enfrentamento, o risco para depressão e outros componentes físicos e psicológicos (CAMERON et al., 2016).

Para isso, faz-se necessário implementar a avaliação a cada novo contexto de transição, bem como o compartilhamento de responsabilidade social, para melhor integração de conhecimentos relacionados com educação, formação, apoio psicossocial, saúde e serviço social. Deve-se também disponibilizar serviço de assistência domiciliar para cada fase e contexto de transição e utilizar a telemedicina, a fim de aumentar o acesso a serviços de apoio permanentes e terapia de reabilitação (CAMERON et al., 2016).

Outra recomendação fundamental relaciona-se à comunicação interprofissional e ao planejamento da alta que devem garantir a segurança e a qualidade do atendimento. As recomendações incluem o desenvolvimento de um plano de cuidados centrado no paciente, planejamento precoce de alta, identificação precoce de problemas que dificultam a alta, avaliação domiciliar prévia para identificar eventual necessidade de modificação no ambiente, avaliação pré-alta das necessidades físicas e da capacidade do cuidador, além de formação e orientação específicas para o cuidador (CAMERON et al., 2016).

O gestor de cuidado deverá ser responsável pelo acompanhamento pós-alta, de modo a garantir a continuidade do cuidado e inclusão das orientações de alta, por escrito, no plano de assistência, bem como a comunicação de informações relevantes sobre o paciente entre os profissionais de saúde, com vistas a garantir a continuidade do cuidado nos diferentes contextos (CAMERON et al., 2016). Esta comunicação entre os profissionais deve assegurar a oportuna e efetiva transferência das informações relevantes ao paciente para todos os pontos de acesso e transição ao longo dos sistemas de saúde, a fim de assegurar a continuidade do cuidado (CAMERON et al., 2016).

A reintegração à comunidade após o AVC é outro princípio importante, pois o retorno do paciente às atividades sociais é fundamental para a continuidade do cuidado (CAMERON et al., 2016). Para tanto, pacientes e familiares devem receber informações, suporte e acesso aos serviços por meio de estratégias que otimizem o retorno ao desempenho de papéis anteriormente desempenhados e às atividades sociais. Entre essas estratégias, inserem-se o manejo da saúde física, funcional e psicológica; a reintegração para a vida social, vocações, atividades de lazer, sexualidade, suporte comunitário para as disfunções; reavaliação do plano de cuidados avançados; cuidado paliativo no âmbito comunitário e bem-estar da família e do cuidador (CAMERON et al., 2016).

Também estão incluídos nesta proposta o acesso a serviços comunitários de forma regular e contínua, a avaliação de cuidados primários nas duas primeiras semanas após a alta hospitalar, a prevenção secundária do AVC e a triagem de pacientes com o objetivo de identificar questões cognitivas, motoras, comportamentais, emocionais, físicas e outros aspectos sociais (CAMERON et al., 2016).

Outro aspecto definido no documento é a transição para cuidados de longa duração após o AVC agudo. Os pesquisadores recomendam a elaboração de um sumário de alta, o planejamento do cuidado, a realização de uma avaliação inicial do estado funcional, físico e cognitivo. Também deverão ser incluídos o planejamento de cuidados, com base na avaliação de resultados, a atualização do plano de cuidados, a fim de incorporar mudanças nas necessidades de cuidado, a continuidade dos serviços de reabilitação disponibilizados na fase aguda e o acesso à terapia de recreação, lazer e exercícios (CAMERON et al., 2016).

Nesse processo, são fundamentais a participação da família no planejamento do cuidado e o desenvolvimento de diretrizes prévias, assim como o acesso e a disponibilidade a serviços especializados na comunidade, como fisioterapia e terapia ocupacional, a elaboração prévia de diretrizes para o cuidado e, por conseguinte, as opções de cuidados paliativos, se apropriadas ao caso (CAMERON; GIGNAC, 2008; CAMERON et al., 2013; CAMERON et al., 2016).

Outro modelo identificado foi o de assistência focada no gerenciamento do cuidado após a alta hospitalar, denominado *Strategies do Enhance Post Stroke Care and Recovery* (STEPS CARE), desenvolvido por Allen et al. (2009), em Ohio, nos Estados Unidos. Este modelo propõe uma intervenção compreensiva e interdisciplinar para o gerenciamento do cuidado após a alta hospitalar de pacientes que sobreviveram ao AVC e também é conhecido como *The Post-Stroke Care Management Model* (ALLEN et al., 2009). Tal proposta incorpora os conceitos do modelo teórico de Wagner et al. (1991) para gestão de doenças crônicas, com foco na educação e saúde do paciente e da família, na atenção comunitária e no manejo dessas doenças no âmbito domiciliar. Suas estratégias-chaves são a educação em saúde, o monitoramento, a coordenação do cuidado e a gestão de riscos (ALLEN et al., 2009).

Allen et al. (2009) incorporaram, ao modelo específico para o AVC, os seguintes elementos: (1) o cuidado com ênfase na saúde física e psicossocial; (2) o

gestor do caso, uma enfermeira de prática avançada, responsável por avaliar os problemas do paciente e a coordenação do cuidado; (3) uma equipe de profissionais *experts* no cuidado após o AVC, para elaborar os planos de cuidados individuais; (4) avaliações e intervenções padronizadas para assegurar a consistência do cuidado no decorrer do processo de transição; (5) a transferência de informações detalhadas ao médico da atenção primária. Esse modelo também utiliza o conceito de cuidado centrado na pessoa por meio de uma equipe interdisciplinar (ALLEN et al., 2009).

Nessa proposta, o enfermeiro de prática avançada, gestor do caso, realiza, no prazo de uma semana após a alta, uma visita domiciliar para avaliação do paciente neste novo contexto e implementação de intervenções educativas (padrão) direcionadas à resolução das complicações mais frequentes após o AVC. Posteriormente, os resultados dessa avaliação são apresentados e discutidos com a equipe de consultoria interdisciplinar, a qual teoricamente deve incluir geriatra, médicos da atenção comunitária, enfermeiros clínicos especialistas no AVC, gestor do caso e fisioterapeuta. Quando possível, recomenda-se incluir nessa equipe neurologista, psicólogo, farmacêutico, fisiatra, assistente social, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista (ALLEN et al., 2009).

Essa equipe de consultoria deve, então, elaborar um plano de cuidados centrado na avaliação do gestor do caso e fundamentado em intervenções recomendadas com base em evidências científicas e na experiência dos profissionais (ALLEN et al., 2009). Em seguida, este plano deve ser compartilhado com o médico da atenção primária, e o gestor do caso acompanhará sua implementação por seis meses por meio de visitas ao domicílio e ligações telefônicas (ALLEN et al., 2009).

O núcleo de apoio e decisão é conduzido por uma equipe interdisciplinar de profissionais de saúde, de modo a auxiliar o médico da atenção primária no cuidado de pacientes após AVC, e este acompanhamento é frequente e regular (ALLEN et al., 2009). No que se refere ao redesenho do sistema de reintegração, este disponibiliza ao paciente recursos educacionais, tal como uma guia de alerta de riscos pessoais para o AVC, e treinamento de habilidades, o que lhe permite apoio psicossocial adequado (ALLEN et al., 2009).

Os sistemas de informações clínicas utilizam protocolos baseados em evidências, e o acesso a conhecimentos relacionados ao AVC ocorre por meio da elaboração de protocolos e diretrizes nacionais e do detalhamento acadêmico fornecido por lideranças formadoras de opinião. Isso depende, por sua vez, da

comunicação aos planos de assistência computadorizada, dos resultados e do planejamento de alta, bem como das avaliações e orientações via telefone, fax ou pessoalmente (ALLEN et al., 2009).

Há de se destacar que o paciente também recebe um livro personalizado com orientações sobre o autogerenciamento de fatores de riscos e as principais mudanças no estilo de vida. Disponibiliza-se ainda um folheto educativo cujo conteúdo aborda riscos modificáveis e metas, o que possibilita ao paciente gravar suas próprias informações, metas e fatores de riscos, bem como dados sobre os sinais de alerta para a recorrência do AVC (ALLEN et al., 2009).

Integram tópicos de suporte de autogestão: fornecimento de informação e educação em saúde específicas para o AVC com base em programas de prevenção na comunidade; acompanhamento regular após a alta por meio da colaboração do paciente com o plano de cuidados; e definição de metas e resolução de problemas para promoção de cuidados autogerenciados pela APN, que fornece ao paciente um resumo por escrito das intervenções médicas e psicossociais (ALLEN et al., 2009).

O modelo *Early Support Discharge Framework (ESD)* foi proposto para melhorar a coordenação dos cuidados no âmbito do indivíduo e acelerar o processo de alta hospitalar de pacientes com AVC leve a moderado, de forma a reduzir o tempo de permanência no hospital, aumentar a capacidade para realização de atividades da vida diária, por meio da reabilitação no contexto domiciliar, e melhorar a satisfação do pacientes. Trata-se de um modelo disponível há cerca de 15 anos, desenvolvido e testado no Reino Unido (BREWER; WILLIAMS, 2010; FISHER et al., 2011; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006).

Entre os componentes consensuais desse modelo está a utilização de uma abordagem compreensiva do cuidado que enfatiza, sobretudo, o desempenho de uma equipe multidisciplinar com vasta experiência no cuidado de pessoas com AVC (FISHER et al., 2011). Seus componentes de intervenção foram descritos no consenso sobre o ESD após o AVC, publicado em 2011 por Fisher et al. Esse consenso foi elaborado por experts na implementação desse modelo e fornece um protocolo dos principais elementos para um ESD efetivo (FISHER et al., 2011).

Propõe-se que a transição seja planejada sob a liderança do gestor do caso, cujo papel é promover reuniões regulares na atenção primária para garantir a abordagem interdisciplinar e a adesão do paciente ao tratamento e protocolos estabelecidos; assim, o planejamento de cuidados ocorre de forma individualizada

para cada paciente e, portanto, atende às necessidades e deficiências identificadas (BREWER; WILLIANS, 2010; FISHER et al., 2011).

Definir metas para a reabilitação do indivíduo é essencial para o desenvolvimento desse modelo. A recuperação da comunicação, da deambulação e da função motora constituem os primeiros objetivos estabelecidos para pacientes em recuperação do AVC, e o processo de alta deve ser planejado de forma gradual, a fim de reintegrar o indivíduo para retorno aos seus papéis de vida. Ainda que o paciente apresente condições clínicas suficientes para receber alta, deve-se manter o seu acompanhamento juntamente com os sistemas de cuidados de saúde primários, com o intuito de prevenir que desenvolva complicações posteriores (BREWER; WILLIANS, 2010; FISHER et al., 2011; LANGHORNE; HOLMQVIST,2007; LARSEN; OLSEN; SORENSEN,2006).

A motivação e a participação devem ser estimuladas por meio do estabelecimento de metas para a reabilitação domiciliar. Nesse sentido, o relacionamento do paciente com o terapeuta é um fator importante, pois ele se sente apoiado e habilitado para a transição do cuidado. O contexto domiciliar também pode ser adaptado e personalizado para amenizar algumas dificuldades, o que provavelmente também irá contribuir para que a terapia ocorra em tal ambiente e, portanto, a adesão à reabilitação seja maior neste contexto, por manter a privacidade do indivíduo e possibilitar a realização de atividades em casa (BREWER; WILLIANS, 2010; FISHER et al., 2011; LANGHORNE; HOLMQVIST,2007; LARSEN; OLSEN; SORENSEN,2006).

Nesse modelo, nas intervenções de cuidado transicional, o gestor do caso deve assumir a coordenação da equipe, o planejamento da alta hospitalar e da reabilitação no contexto domiciliar. Recomenda-se que reuniões semanais sejam realizadas e indica-se a transferência de responsabilidade da coordenação e apoio ao paciente após sua alta, para que a equipe de base comunitária dê continuidade ao serviço de apoio e reabilitação (BREWER; WILLIANS, 2010; FISHER et al., 2011; LANGHORNE; HOLMQVIST,2007; LARSEN; OLSEN; SORENSEN,2006).

A equipe de ESD precisa coletar e registrar as medidas de resultados relacionadas a decisões e elegibilidade para a alta, avaliando se o paciente é capaz de viver com segurança em casa. As decisões de elegibilidade para o suporte de alta devem ser baseadas no local de residência do indivíduo; assim, pacientes precisam ser identificados precocemente para alta, e os critérios e elegibilidade para o suporte

de alta precoce devem ser fundamentados no seu grau de comprometimento, bem como na estabilidade clínica e avaliação da funcionalidade por meio de escalas como o índice de Barthel. A duração das intervenções depende da disponibilidade de serviços de reabilitação na comunidade (BREWER; WILLIANS, 2010; FISHER et al., 2011; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006).

Embora existam elementos centrais ao modelo do ESD, a flexibilidade das intervenções deve ser considerada de acordo com a possibilidade de implementação nos serviços locais. Nesse aspecto, ainda são passíveis de modificações a duração da intervenção e os elementos-chaves desse modelo (BREWER; WILLIANS, 2010; FISHER et al., 2011; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006).

A síntese do conhecimento sobre ESD descrita em duas revisões sistemáticas evidenciou redução no tempo de permanência hospitalar e nas taxas de mortalidade; aceleração do processo de alta, além de maior chance de independência a longo prazo; os pacientes também apresentaram sintomas menos severos relacionados ao AVC; diminuição de complicações relacionadas à readmissão, empoderamento do paciente e do cuidador; reabilitação em ambiente mais apropriado e encorajador, além de compreensão mais realista sobre o futuro após o AVC (LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007).

Apesar dos diversos aspectos positivos, foram identificadas barreiras financeiras entre municípios e autoridades, as quais precisam ser superadas para a implementação (BREWER; WILLIANS, 2010; FISHER et al., 2011; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006).

Em 2012, Gorlitz, Rashid e Weinhardt (2012) publicaram os requisitos relacionados ao serviço, à infraestrutura e aos aspectos legais para o efetivo gerenciamento do cuidado após o AVC e apresentaram fluxograma e protótipo de uma infraestrutura implementada. Para tanto, recorreram a conceitos da engenharia clínica e desenvolveram um software para a coordenação do cuidado no sistema de saúde alemão. Esse modelo foi denominado Gestão do cuidado após o AVC fundamentado na Tecnologia de Informação (*IT-supported Post-acute Stroke Manager Service*).

Para elaborá-lo, os pesquisadores empregaram conceitos de gerenciamento compreensivo do cuidado diante de enfermidades crônicas, intervenções educativas, continuidade do cuidado e gerenciamento eletrônico de informação. Os fatores motivadores para propositura desse serviço de gerenciamento foram os desafios

relacionados à necessidade de melhorar o cuidado avançado após o AVC, reduzir o número de complicações e a possibilidade desse sistema de informação contribuir para a continuidade do processo de reabilitação, empoderar o paciente e minimizar a recorrência do AVC (GORLITZ; RASHID; WEINHARDT, 2012).

Planejou-se o modelo de cuidado com vistas a melhorar a gestão de cuidados para o AVC e criar recursos em saúde por meio da associação de diversas tecnologias em saúde para o gerenciamento de pacientes e cuidadores. Com isso, busca-se satisfazer necessidades específicas desses indivíduos durante a transição de alta hospitalar para o domicílio (GORLITZ; RASHID; WEINHARDT, 2012).

O objetivo desse modelo foi o desenvolvimento de um novo serviço de gestão de cuidados para o AVC, utilizando uma abordagem de engenharia combinada com um software, baseada nas necessidades essenciais de cuidados para o gerenciamento da enfermidade (GORLITZ; RASHID; WEINHARDT, 2012). O fluxograma eletrônico elaborado foi subdividido nas etapas de transição relacionadas ao tratamento hospitalar, ao preparo para a transferência do cuidado e ao tratamento ambulatorial e comunitário. Fundamentados nesse fluxograma e nas etapas do processo de transição, os pesquisadores propuseram também a infraestrutura necessária para a operacionalização do sistema eletrônico.

Nesse projeto, os pesquisadores tiveram como pressuposto que a integração da tecnologia de informação à gestão de cuidados mostra-se eficaz para melhorar os resultados clínicos e financeiros. Para se obter sucesso de implementação, os serviços de saúde precisam dispor de sistemas de informação de qualidade e equipes integradas de cuidado com forte vinculação e comunicação eficaz (GORLITZ; RASHID; WEINHARDT, 2012).

5.4 Intervenções de cuidado transicional após o AVC

Dos 32 artigos analisados, 23 abordaram intervenções de cuidado transicional. Verificou-se predomínio de intervenções com componente pré e pós-alta, as quais enfatizaram intervenções educativas focadas no preparo do paciente e da família para o autogerenciamento do cuidado no contexto domiciliar e comunitário. O tempo de implementação das intervenções variou de 14 a 120 dias após a alta hospitalar, e cada uma delas adotou um protocolo específico, direcionado à realidade

em estudo. Em alguns casos, as instituições já tinham instituído protocolos de cuidado transicional e incluíram estratégias para aprimorar os resultados. O quadro 5 apresenta a descrição das intervenções e os resultados alcançados após a implementação de cada uma delas.

Quadro 5 - Mapeamento das informações descritivas dos aspectos operacionais das intervenções mistas de cuidado transicional.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
1	GRASEL et al., 2006	Alemanha	Estudo experimental	Transição intensificada do cuidado	<p>Componente pré-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aconselhamento e auxílio no preenchimento de formulários para solicitação de assistência social. 2. Mediação de grupos de autoajuda e grupos de apoio para cuidadores por parte de assistentes sociais da clínica; 3. Permissão para que os cuidadores assistam às sessões de fisioterapia para orientação sobre os resultados terapêuticos esperados. 4. Breve orientação de aconselhamento para os cuidadores implementada por enfermeiros antes da alta. 5. Avaliação da necessidade de tecnologia assistiva para o seguro saúde. 6. Guia com a localização dos serviços de saúde que ajudará os cuidadores familiares. 7. Seminário psicoeducacional para cuidadores familiares (uma sessão, duração de 1h) fornece informações sobre cuidados em saúde em casa, prováveis desgastes neste processo e fontes de assistência. 8. Curso de formação individual para cuidadores (três sessões, duração de 45 a 60 minutos cada). Enfermeiras à beira do leito orientam cuidadores familiares sobre o plano de cuidados do paciente que deverá ser continuado em casa. 9. Cuidado terapêutico aos fins de semana em casa antes da alta: o objetivo é liberar o paciente para passar o fim de semana em casa antes da alta, de modo supervisionado 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contribuiu para o melhor preparo do cuidador. 2. Aumento do acompanhamento de serviços de saúde após a alta. 3. Representa uma oportunidade potencial para diminuir a frequência das complicações em casa; 4. Os resultados podem perdurar por longos períodos, o que contribui para manter a qualidade dos cuidados no domicílio e reduzir tanto as taxas de reinternações quanto de mortalidade.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					<p>e monitorado por um serviço de cuidado após a alta. Os profissionais avaliam como ele ficou neste período, as condições do ambiente, eventual necessidade de adequações, bem como a capacidade dos cuidadores para oferecer este cuidado.</p> <p>Componente pós-alta</p> <p>10. Aconselhamento por telefone: nos três meses após a alta, profissionais avaliam as condições de o ambiente domiciliar, e problemas identificados são assistidos.</p>	
2	LUTZ et al., 2007	Estados Unidos	Estudo qualitativo	<i>Home Telehealth</i>	<p>Componente pós-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contato via telefone: comunicação direta entre o paciente em casa e um profissional de saúde. 2. Contato semanal com profissional especializado, em tempo real, via telefone ou por videoconferência. 3. Monitoramento e contato diários previamente programados por um dispositivo de mensagem conectado na linha telefônica. Ocorrem mediante questões de múltipla escolha, de modo que o paciente responde as questões diariamente, e suas respostas são encaminhadas para registros computadorizados, os quais são monitorizados por coordenadores de cuidados de enfermagem. 4. Acompanhamento do paciente pelo coordenador de cuidados, caso as respostas diárias destoem do esperado. <p>Os pressupostos que orientaram a implementação do programa foram:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fornecer a pacientes e cuidadores informações de cuidados primários 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participantes mencionaram acreditar que o programa <i>Home Telehealth</i> poderia beneficiá-los na recuperação em casa. 2. Pacientes acreditavam que o programa teve início muito precocemente e não durou o tempo suficiente para promover uma adequada recuperação. Consideram que deveria ser mantido por meses ou até anos. 3. Perceberam que a intervenção permitiu uma rede de segurança, além da sensação de que o profissional de saúde estava monitorando suas condições. 4. O programa pode ser útil para pacientes e cuidadores na recuperação após o AVC. 5. As estratégias de coordenação de cuidados devem ser implementadas quando o paciente ainda se encontra

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					<p>necessárias para auxiliá-los no gerenciamento de suas demandas.</p> <p>6. A utilização de programa apropriado à terapia em casa gere, de forma eficaz, os efeitos residuais do AVC.</p> <p>7. A utilização diária de monitoramento por televídeo entre pacientes e terapeutas pode melhorar os resultados de recuperação a longo prazo e reduzir o risco de quedas e lesões.</p> <p>8. Programas específicos com equipes interdisciplinares para monitorar o processo de recuperação de um paciente em casa após a alta da unidade hospitalar ou reabilitação.</p> <p>9. A avaliação domiciliar pelo gestor de casos antes da alta pode ajudar a melhorar os resultados, sobretudo para pacientes com limitações residuais significativas.</p>	<p>internado no hospital, especialmente nos casos em que precisará de cuidados de acompanhamento a longo prazo.</p> <p>6. Incorporou exercícios realizados em casa na fase aguda.</p> <p>7. A estratégia proporciona melhor capacidade funcional no momento de retorno ao domicílio.</p> <p>8. Relatada dificuldade para participação do programa, em virtude de demasiada exigência e rigor.</p>
3	KENDALL et al., 2007	Austrália	Estudo experimental	<i>Chronic Disease Self-management (CDSM)</i>	<p>Componente pós-alta</p> <p>1. Indicada para a fase inicial pós-alta, com o objetivo de ajudar pessoas com AVC a prevenirem o declínio de alguns aspectos que interferem no bem-estar.</p> <p>2. Contribui para que as pessoas gerenciem efetivamente suas próprias condições de saúde no contexto comunitário.</p> <p>3. As atividades educativas foram desenvolvidas em um período de seis semanas, com duração de 2 horas em cada semana. Cada grupo teve em torno de 10 a 15 participantes, tendo sido implementados oito grupos no total.</p> <p>4. Abordagem de tópicos relacionados ao AVC em termos de cuidados com saúde e</p>	<p>7. Apresentou benefícios relacionados ao autocuidado e observou-se maior produtividade no trabalho dos cuidadores.</p> <p>8. Melhora na funcionalidade para as atividades de vida diária.</p> <p>9. Nível relativamente estável para ajustes nas necessidades diárias ao longo do tempo.</p> <p>10. Pacientes relataram sensação de maior controle da doença.</p> <p>11. Autorrelato da família de aspectos relacionados à produtividade no trabalho.</p> <p>12. O estudo reafirma os benefícios de promover a reabilitação não somente com intervenções</p>

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					<p>bem-estar (alimentação saudável, exercícios e relaxamento).</p> <p>5. Mediação de grupos para solucionar problemas por meio da definição de metas de comunicação entre equipe de saúde e da família.</p> <p>6. Disponibilização de equipes de saúde para auxiliar no autogerenciamento.</p>	físicas e clínicas, mas, também, mediante intervenções educativas no contexto comunitário.
4	SHYU et al., 2008	Taiwan	Estudo experimental	<i>Family-caregiver Discharge Planning Program</i>	<p>Componente pré-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação inicial do paciente no período de 48 horas após a admissão hospitalar e antes da alta. 2. Educação em saúde relacionada aos cuidados no ambiente doméstico. 3. Quatro a cinco visitas, com duração de 30 minutos cada, à beira leito. 4. Verificação da necessidade de informações em saúde. 5. Preparo da alta: orientação verbal e por escrito; orientação em saúde individualizada para a continuidade do cuidado e participação em grupos de apoio. Encaminhamento para serviços de referência ocasional de alta. 6. <i>Checklist</i> estruturado para avaliar as necessidades do cuidador. 7. Disponibilização de um grupo de apoio para abordagem de necessidades específicas e cotidianas do cuidador. <p>Componente pós-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Consultas telefônicas uma vez semana após a alta, norteadas por um guia estruturado, com duração de 30 a 45 minutos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maior satisfação do paciente e dos cuidadores no que se refere às suas necessidades um mês após a alta. 2. Melhora da qualidade geral do atendimento durante o primeiro ano após a alta. 3. Redução das taxas de institucionalização nos primeiros 12 meses após a alta hospitalar.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					<p>9. Visitas domiciliares com duração de 30 a 60 minutos, uma no prazo de uma semana após a alta e outra ao término do primeiro mês após a alta. Essas visitas são realizadas por enfermeira especialista em geriatria e objetivam um diagnóstico da situação de cuidado.</p> <p>10. Orientação sobre o manual com abordagem passo a passo das diretrizes de cuidados elaboradas por enfermeiros especialistas.</p>	
5	OSTWALD et al., 2008	Estados Unidos	Estudo descritivo	<i>Home-based educational program</i>	<p>Componente pós-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. As estratégias de educação em saúde, treinamento de habilidades e aconselhamento foram implementados durante as visitas domiciliares. 2. O protocolo para a implementação das intervenções educativas e de aconselhamento nas visitas domiciliares contemplou áreas relacionadas à recuperação após o AVC e ao treinamento de habilidades terapêuticas, bem como problemas especiais relacionados ao AVC e redes de apoio na comunidade. 3. As estratégias de contato para o seguimento e a referência para os demais níveis de atenção à saúde ocorreram via telefone. 4. Os programas de educação em saúde devem ser interativos e interdisciplinares, com foco nas necessidades identificadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • As intervenções de orientação, educação, apoio, aconselhamento, treinamento, acompanhamento via telefone e encaminhamento das famílias a órgãos comunitários e recursos financeiros possibilitaram melhor compreensão da doença, controle das comorbidades e redução do risco de AVC recorrente. • Diretrizes relacionadas à gestão do estresse e de doenças crônicas, bem como a adoção de estilo de vida saudável, foram importantes para reduzir as deficiências e evitar a instalação da síndrome de Burnout no cuidador. • Os programas de educação em saúde implementados após a alta hospitalar devem utilizar abordagens interativas e interdisciplinares, com foco nas necessidades identificadas.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
						<ul style="list-style-type: none"> O melhor entendimento da enfermidade contribui para controle das comorbidades, diminuição do risco de recorrência do AVC e acesso aos recursos comunitários necessários para melhorar a saúde, a segurança e a qualidade de vida.
6	PIERCE et al., 2009	Estados Unidos	Estudo experimental	Caring Web	<p>Componente pós-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> A intervenção é aplicável a um maior número de cuidadores, se disponibilizado acesso a diferentes links de <i>web sites</i> sobre AVC; Informações educativas personalizadas ou dicas específicas de acordo com as necessidades dos cuidadores; Disponibilização de acesso a um fórum via e-mail, no qual o cuidador pode solicitar ajuda ou esclarecer dúvidas com um enfermeiro especialista e uma equipe de reabilitação (terapeutas, farmacêutico, nutricionista, assistente social e médico). Discussão não estruturada via e-mail entre todos os participantes. As discussões são mediadas pela enfermeira. Todas as informações educacionais foram disponibilizadas em sites validados e confiáveis. Elaborou-se o conteúdo dos links tendo como base as dúvidas mais frequentemente direcionadas aos profissionais da equipe multidisciplinar. O <i>Caring * Web</i>, o <i>Microsoft1 MSN1 TV</i>, foram utilizados para conectar 28 indivíduos do grupo de usuários da <i>web</i>, bem como 	<ul style="list-style-type: none"> Menor utilização de serviços ambulatoriais e de emergências e encaminhamentos para lares de cuidados. Redução significativa desses fatores entre os usuários da <i>web</i> e os demais em atendimentos de urgência. O número de reinternações foi menor (66%) para o grupo de usuários da <i>web</i>. Cuidadores puderam receber informações úteis para tomada de decisão e resolução de problemas com o paciente, o que conferiu equilíbrio e atribuiu sentido às suas vidas. Possibilitou que os cuidadores tomassem decisões com base nas informações e favoreceu a resolução de problemas relacionados às necessidades de saúde do paciente. Gastos com saúde foram reduzidos.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					<p>fornecer e-mail de fácil acesso a partir de sua televisão.</p> <p>8. O pacote de internet foi comprado pelos cuidadores, mas o programa foi fornecido pelos pesquisadores.</p> <p>9. Disponibilização de um técnico em computação para auxiliar desde a formação em casa até garantir suporte técnico por telefone durante horário comercial para abordagem de diferentes assuntos.</p> <p>10. Ao término do estudo, foi doado aos participantes o equipamento de TV MSN.</p> <p>11. Avaliação do bem-estar do acompanhante via telefone a cada três meses. A cada duas semanas, os indivíduos eram questionados sobre o uso dos serviços de emergência.</p> <p>12. O contato com profissionais de saúde permitiu o emergir de questões pertinentes à utilização dos serviços ambulatoriais e de emergência e a respeito da realização de exames laboratoriais e de imagens nos últimos dois meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sugere-se que os profissionais de saúde adotem intervenções semelhantes baseadas na <i>web</i> para prestadores de cuidados envolvidos no tratamento pós-reabilitação.
7	BAKAS et al., 2009	Estados Unidos	Estudo experimental	<i>Telephone assessment and skill-building kit</i>	<p>Componente pós-alta</p> <p>1. Desenvolvida para reduzir as dificuldades dos cuidadores nas seguintes áreas: localização de informações sobre o AVC; gerenciamento do comportamento e emoções do paciente; promoção de cuidados pessoais do tipo instrumentais.</p> <p>2. Focada em áreas centrais: fortalecer as habilidades do cuidador, manter expectativas realistas, solucionar problemas e estabelecer uma efetiva comunicação com profissionais de saúde.</p> <p>3. Construção de um livro-texto denominado TASK, o qual contém uma página com 38</p>	<ul style="list-style-type: none"> Foi eficaz para melhorar o otimismo do cuidador. Tem potencial para reduzir o sentimento de ameaça diante do tratamento e atenuar os sintomas depressivos. Redução do sentimento de ameaça com o tratamento entre 8 e 12 semanas. Programa planejado para ser multidisciplinar e promover o desenvolvimento de habilidades com base nas necessidades e

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					<p>dicas sobre a necessidade de promover o desenvolvimento de habilidades;</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Um livro sobre o manejo do estresse e um folheto da Associação Americana para o AVC (ASA) sobre o cuidador familiar. 5. Educação em saúde por meio do fornecimento do livro TASK; 6. Avaliação via telefone realizada por uma enfermeira, abordando as necessidades de habilidades e as intervenções individualizadas necessárias ao cuidador. 7. Acompanhamento telefônico, com oito ligações semanais. 8. Atendimento de prioridades de orientações identificadas pelo cuidador. 9. Capacitação do cuidador para o desenvolvimento de habilidades. 	<p>preocupações dos cuidadores durante os primeiros meses após a alta hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes e cuidadores familiares não recebem o treinamento necessário para a transição do hospital ao ambiente doméstico. • Alternativa de baixo custo para fornecer aos cuidadores informações sobre AVC, assistência com cuidado e acompanhamento após a alta.
8	LUTZ et al., 2009	Estados Unidos	Estudo com método misto	<i>Care Coordination Home telehealth</i>	<p>Componente pós-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Controle do paciente sobre o ambiente do cuidado domiciliar, por meio de um dispositivo móvel de mensagem adaptado na rede fixa do telefone. 2. Acompanhamento durante 14 dias, sendo que, ao longo desse período, os pacientes respondem uma série de perguntas de múltipla escolha. 3. Coordenadores de cuidados (enfermeiros) analisam os dados e gravam, de forma computadorizada, no Sistema de Prontuário eletrônico dos participantes/veteranos. 4. Questões e orientações variadas de acordo com o período de recuperação; informações sobre sinais e sintomas do AVC, fatores de riscos, necessidade de recuperação e gestão de cuidados após AVC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentou resultados positivos e funcionou como uma ferramenta de segurança durante o período inicial após a alta hospitalar. • Pacientes relataram mais comodidade, sincronia nas suas necessidades e facilidade para comunicação. • Parte dos cuidadores referiu maior facilidade para autogerir suas responsabilidades • Dos entrevistados, 90% mencionaram a necessidade de contato inicial com o coordenador de cuidados. • Dos pacientes, 87% reconheceram que

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					<p>5. No oitavo, nono e décimo dias foram incluídas perguntas de medidas de resultados específicos, tais como: depressão; funcionamento físico; necessidades de serviços e apoio; preocupações não abordadas; transmissão de dados por meio da linha telefônica da casa do paciente com interface ao programa baseado na <i>web</i>.</p>	<p>informações e orientações podem ser úteis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sugere-se a criação de um programa que aborde as necessidades específicas de cada cuidador. • Necessidade de avaliação presencial em casa, pois assim o coordenador teria melhor compreensão da situação e das necessidades específicas. • A avaliação de riscos e segurança do paciente também foi identificada como uma terapia importante. • Pesquisas futuras devem implementar as intervenções orientadas para a mobilidade em segurança funcional, especificamente no caso de pacientes com AVC em ambiente familiar acessível. • Sugerida a combinação do programa com outros serviços de terapia em casa, tais como assistência de cuidados pessoais, e descanso. • Necessidade de utilização de outras tecnologias, por exemplo, vídeo monitorização do paciente, na qual um equipamento automaticamente envia os dados ao profissional coordenador de cuidados.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
9	SHYU et al., 2010	Taiwan	Estudo experimental	<i>Family-caregiver Discharge Planning Program</i>	<p>Componente pré-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação inicial do paciente no período de 48 horas após a admissão hospitalar e antes da alta. 2. Identificação prévia de possíveis complicações e necessidade de cuidados após a alta do paciente. 3. Orientação sobre os cuidados em saúde para o preparo na alta hospitalar e a respeito da transferência e continuidade do cuidado nos serviços de saúde. <p>Componente pós-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Visitas domiciliares durante a primeira e terceira semana após alta para identificar/resolver problemas ou avaliar as habilidades de pacientes e cuidadores para o cuidado domiciliar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificadas melhoras na qualidade geral do atendimento durante o primeiro ano após a alta e redução da taxa de institucionalização no período de 6 a 12 meses após a alta. • O preparo individual do cuidador apresentou resultados negativos no que se refere à sua própria satisfação. • A intervenção tem potencial para melhorar a qualidade dos cuidados prestados por cuidadores familiares e, portanto, pode reduzir a probabilidade de institucionalização. • Sugere-se a aplicação da intervenção em outros países na população chinesa. • Identificou-se a necessidade de novos estudos para examinar uma amostra maior, a fim de melhor investigar as variáveis de desfecho. • Cuidadores familiares podem se beneficiar de um programa individualizado que prepare profissionais de saúde para a alta do paciente.
10	FJAERTOF; ROWEDHER ; INDREDAVI K, 2011	Noruega	Estudo experimental	<i>Early Home-Support discharge (EHSD)</i>	<p>Componente pré-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coordenação da reabilitação e acompanhamento do paciente juntamente com a atenção primária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Após 5 anos da intervenção: • Redução do tempo de permanência institucional. • Melhor evolução clínica, o que leva a uma redução de custos

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					<p>2. Participação da família, do paciente e de profissionais de cuidados primários no planejamento da assistência.</p> <p>3. Criação de uma equipe móvel na unidade de AVC, com o objetivo de cooperar com o sistema de cuidados primários durante o primeiro mês após a alta.</p> <p>4. Avaliação preliminar, juntamente com equipe da unidade de AVC, das necessidades do paciente durante a fase de recuperação: coleta de informações sobre as suas condições clínicas; avaliação da situação em casa antes do AVC; verificação da existência de suporte com a família e os amigos.</p> <p>5. Comunicação simultânea de informações com o sistema de cuidados primários.</p> <p>6. Reunião de alta e revisão do plano de cuidados juntamente com o paciente e o cuidador.</p> <p>7. Componente pós-alta</p> <p>8. Visita domiciliar até estabilização do paciente.</p> <p>9. Fornecimento de apoio e reabilitação durante a visita domiciliar.</p> <p>10. Acompanhamento da equipe móvel no primeiro mês após a alta, o qual deve ser encerrado com uma consulta ambulatorial.</p> <p>11. Acompanhamento e participação da equipe de saúde para auxiliar na primeira consulta ambulatorial e na transferência do cuidado aos profissionais da atenção primária.</p> <p>12. Encaminhamento de um relatório final ao médico de cuidados primários.</p> <p>13. Comunicação com a equipe multidisciplinar envolvida a respeito das condições atuais do paciente, do tratamento, da reabilitação</p>	<p>com institucionalização no período de um ano após o AVC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redução da taxa de mortalidade e maior chance do indivíduo viver em casa. • Mostrou eficácia a longo prazo, para o acompanhamento após o AVC. • Maior independência global e otimização da recuperação, além de acelerar o processo de recuperação. • A ESD pode ser considerada uma alternativa eficaz. • Necessidade de novas pesquisas para organização dos cuidados e tratamento para o AVC após a fase aguda.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					até o momento e de novos planos de cuidados a serem implementados. 14. Grupo de pacientes com AVC, durante o qual se oferece educação em saúde específica para o AVC, três meses após a alta.	
11	CHEUNG et al., 2012	Canadá	Misto	<i>Collaborative Inteprofessional Stroke Care in Community Reengagement (CISCCOR)</i>	<p>Componente pós-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> Intervenção centrada no paciente, guiada pelas orientações de melhores práticas de cuidado para o AVC: vida social, meio ambiente, adaptação a novos papéis, mobilidade, apoio ao cuidador, cuidados em saúde e gestão financeira. Abordagem por equipe interprofissional: Profissionais de saúde de cuidados agudos, reabilitação e comunitários. Primeira sessão: introdução de conceitos fundamentais da Reintegração Comunitária (CR) e sua inter-relação para colaboração interpessoal e ferramentas de recursos para o AVC. Orientações fornecidas no primeiro dia definem metas efetivas para o cuidado de pessoas com AVC. Nas duas sessões, entregou-se aos participantes um quadro com os componentes da reintegração comunitaria em diferentes locais geográficos, para que apontassem uma de suas sessões e sugerissem sobre como as equipes poderiam melhorar sua função global, por meio da colaboração e comunicação. Abordagem variada de estratégias educacionais para apoiar a tradução do conhecimento em prática. 	<ul style="list-style-type: none"> Houve significativo aumento do conhecimento autorrelatado por profissionais de saúde. Não houve alteração significativa na avaliação pré e pós-intervenção no que se refere ao ajuste da prática e ao número de vezes em que os componentes foram abordados. Maior compreensão das definições do CR: as percepções passaram de uma visão simplista para outra mais holística dos componentes. Melhor compreensão sobre reintegração comunitária, necessidades de cuidados de pessoas com AVC e mudanças nas práticas de cuidados. Identificação da reintegração comunitária como uma possibilidade de impacto na qualidade de vida de pessoas com AVC. Utilização do quadro como um exemplo de informações que podem impactar na prática e melhorar a compreensão e a

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					6. Reflexão com base na experiência profissional para alcançar os objetivos.	<p>capacidade de atender às necessidades de pessoas com AVC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relatadas experiências positivas de cuidados realizados por profissionais pré e pós-intervenção.
12	KIM et al., 2012	Coreia	Estudo experimental	<i>Home-based individual tele-care intervention</i>	<p>Componente pré-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todos receberam um livro-guia desenvolvido para pacientes com AVC e seus familiares. 2. As sessões educativas ocorreram na unidade de internação e consistiram em uma aula expositiva com discussão. <p>Componente pós-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Realizou-se a intervenção por telefone, durante 14 vezes, em um total de três meses. 4. No primeiro mês, duas vezes por semana. No segundo, uma vez por semana e, no terceiro, duas vezes por semana. 5. O protocolo da intervenção incluiu apresentação dos pesquisadores, reconfirmação das necessidades da família, promoção de suporte social e emocional e informação ou reeducação, de acordo com as necessidades da família. 	<ul style="list-style-type: none"> • A intervenção de telecuidado foi mais eficaz para a redução da sobrecarga do cuidador familiar se comparada à intervenção educativa oferecida no âmbito hospitalar. • Recomenda-se implementar a intervenção de telecuidado em associação com a intervenção educativa no contexto hospitalar, observando-se a duração mínima de dois a três meses após a alta hospitalar para gestão e acompanhamento da família. • Intervenção de baixo custo, com foco no suporte social, emocional e em informações imediatas. • Contribui com pacientes que não possuem condições de acessar de forma direta informações em saúde.
13	CHOULIARA et al., 2013	Reino Unido	Estudo descritivo e qualitativo	<i>Early Home-Support discharge (EHSD)</i>	<p>Pressupostos relacionados com a intervenção</p> <p>Adaptação da intervenção ao contexto de saúde:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O serviço de suporte de alta precoce apresentou efeito positivo e revelou-se uma forma de integrar as diversas facetas do tratamento.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					<ol style="list-style-type: none"> 1. Necessidade de adaptar determinados componentes da intervenção, a fim de melhor contemplar o contexto de saúde local. 2. Avaliação do grau de incapacidade e da segurança no ambiente domiciliar. 3. Abordagem flexível do tempo de duração da intervenção, sendo maior em regiões onde não há serviço de reabilitação comunitária e menor para pacientes com menor grau de comprometimento. <p>Papel dos trabalhadores envolvidos no serviço:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Planejamento da reabilitação executado por terapeutas qualificados. 5. Atualização dos demais terapeutas sobre os progressos apresentados pelos pacientes. 6. Avaliação complementar dos resultados. 7. Certificação e avaliação durante a realização dos exercícios. <p>Relacionamento e colaboração de outros serviços</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Construção de efetivos vínculos com serviços de cuidados agudos. 9. Participar de reuniões e eventos de formação é uma forma eficaz de desenvolver e manter abertos os canais de comunicação. 10. Organização do trabalho por meio de rodízio de pessoal entre os serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de adaptar a intervenção de reabilitação a outros serviços e de acordo com as necessidades dos pacientes. • O período da intervenção deve ser avaliado com base nas necessidades dos doentes e na disponibilidade de outros serviços de base comunitária. • O suporte de alta precoce mostrou benefício moderado em pacientes com AVC. • A ausência de serviços sociais e comunitários adequados para a continuidade dos cuidados emergiu como um dos principais desafios para o funcionamento dos serviços. • Estudos futuros deverão ser desenvolvidos para avaliar o potencial das intervenções educacionais como estratégia de troca de conhecimentos entre as partes interessadas, com vistas a melhorar a prática baseada em evidências. • Destacou-se a contribuição dos serviços como relevante para esclarecer os distintos procedimentos operacionais entre os serviços identificados como críticos pelos profissionais de saúde, para obtenção de sucesso nas intervenções.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
14	COBLEY et al., 2013	Reino Unido	Estudo descritivo qualitativo	<i>Early Home-Support discharge</i> (EHSD)	O estudo avaliou a percepção de pacientes e cuidadores sobre uma intervenção de alta precoce, a qual adotou o modelo de intervenções segundo o consenso estabelecido por Fisher et al. (2011).	<ul style="list-style-type: none"> Os resultados evidenciaram que a intervenção, na perspectiva dos pacientes e familiares, possibilitou: Satisfação com os exercícios de reabilitação. Diversos exercícios foram ensinados de modo complementar, o que permitiu uma recuperação funcional considerada ideal. Pacientes sentiram-se capazes de realizar as atividades de vida diária e participaram de forma significativa. Melhor campo para reabilitação. A reabilitação no contexto domiciliar foi vista como benéfica, por se tratar de um local mais privativo e individualizado. Sua duração também foi considerada positiva e houve satisfação do paciente por poder desenvolvê-la em seu domicílio, por ser um local mais conveniente e confortável. Tempo de descanso para o cuidador durante as sessões terapêuticas com o paciente. Essa medida foi avaliada pelo cuidador como importante e suficiente para que ele descanse por um período. Velocidade de resposta: relato positivo e surpreendente de transição suave entre o hospital

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
						<p>e o ambiente doméstico. A primeira visita de apoio ocorreu após 24 horas da alta hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frequência da terapia: até quatro visitas por dia, nos sete dias da semana, por período de seis semanas. O estabelecimento desse prazo de duração e o encerramento das atividades de forma abrupta ocasionaram uma descontinuidade que, segundo os pacientes, desfavoreceu a terapia proposta. • Satisfação com o fornecimento e a entrega de equipamentos. A visita domiciliar anterior à alta para identificação dos equipamentos futuramente necessários ao paciente revelou-se útil, pois esses puderam ser entregues em tempo hábil. • Transição para outros serviços não foi percebida de modo positivo. Houve insatisfação com a descontinuidade do cuidado durante a transição do serviço de suporte de alta precoce.
15	GUSTAFSS ON et al.,2014	Austrália	Estudo descritivo qualitativo	<i>Early Home-Support discharge</i> (EHSD)	1. O estudo avaliou a percepção de pacientes e cuidadores sobre uma intervenção de alta precoce, a qual adotou o modelo de intervenções segundo o consenso estabelecido por Fisher et al. (2011), com adaptação denominada <i>STRENGTH</i> , que	<ul style="list-style-type: none"> • A terapia domiciliar permitiu a percepção e consciência de limitações corporais, facilitando a adaptação e autoconfiança.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					<p>incorpora uma equipe de saúde com base comunitária fornecendo apoio e intervenções para o indivíduo após o retorno domiciliar ou na última semana antes da alta.</p> <p>2. Essas intervenções são realizadas por equipes interdisciplinares (terapia ocupacional, fisioterapia e fonodiologia), que acompanha o paciente no contexto domiciliar uma vez por semana, uma semana antes da alta hospitalar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliou no processo de transição para casa e foi concluído em um momento oportuno de reabilitação. • Forneceu ao indivíduo a oportunidade de praticar tarefas que eram consideradas importantes dentro do contexto domiciliar. • Relato de confiança para retorno domiciliar e de expectativas realísticas. • A visita domiciliar antes da alta possibilitou uma visão sobre os diferentes contextos: domiciliar, hospitalar e comunitário • Antecipação dos desafios que serão enfrentados ao retornar para casa e preparo do paciente para estes, através da ajuda de terapeutas. • A intervenção foi útil no preparo de pessoas com AVC para melhorar o processo de transição de alta para casa.
16	HOHMANN et al., 2014	Alemanha	Estudo observacional	Relatório dos medicamentos como parte da Carta de Alta Hospitalar.	<p>Componente pré-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O fornecimento de informações detalhadas e sistematizadas sobre o uso de medicamentos é um passo importante para melhoria do cuidado transicional. 2. Elaboração de um relatório de medicamentos por um farmacêutico. 3. Revisão do relatório e aprovação do médico neurologista 4. O relatório inclui: lista de medicamentos usados durante a internação e alta, 	<ul style="list-style-type: none"> • Houve maior adesão ao tratamento no caso das alterações realizadas no hospital, em virtude da melhor comunicação neste momento. • A intervenção mostrou-se eficaz para reduzir os erros de medicação na transferência de pacientes, bem como para elevar a taxa de adesão à

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					<p>divididos em duas colunas, a fim de facilitar a visualização, bem como eventuais alterações dessas medicações.</p> <p>5. Registro de informações pertinentes a modificações na terapia medicamentosa, tais como novos medicamentos ou alteração nas doses, descontinuidade das drogas, interações medicamentosas, eventos adversos e doses perdidas.</p> <p>Após a alta hospitalar</p> <p>6. Realização de entrevistas telefônicas, após três meses da alta hospitalar, com os profissionais da atenção primária à saúde sobre a medicação atual de cada paciente.</p>	<p>medicação prescrita na alta hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> Profissionais de saúde apontaram a necessidade de mais informações para melhorar a transparência do tratamento médico.
17	POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014	Estados Unidos	Estudo experimental	Alta para casa com autocuidado gerenciado por <i>Nurse Navigators</i>	<p>1. Intervenção gerenciada por <i>Nurse Navigators</i> que incluíram dois componentes do Modelo <i>Reengineering Hospital Discharge</i> (RED): realizar agendamentos para seguimento do cuidado com o médico da atenção primária e compartilhar sumário de alta,</p> <p>Componente pré-alta</p> <p>2. Contato com a enfermeira antes da alta para casa.</p> <p>3. Orientações sobre autocuidado.</p> <p>4. Fornecimento de listas de clínicas gratuitas e financiadas pelo governo federal.</p> <p>5. Compromisso de acompanhar o paciente.</p> <p>6. Documentação deste compromisso em formulário antes da alta de cada paciente.</p> <p>7. Abordagem e orientação com ênfase na adesão, no número de contato e no plano de transporte.</p> <p>8. Abordagem individualizada.</p> <p>9. Adesão ao uso de medicamentos.</p> <p>10. Educação adaptada e focada no autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Menores taxas de readmissão/dia se comparadas com o período pré e pós-intervenção. Mostrou ser eficaz para outras comorbidades. Apontou-se maior impacto do uso de hospitais estaduais. Impacto na utilização dos enfermeiros como navegadores e defensores dos pacientes, nos sistemas de saúde. Pesquisas futuras devem examinar a longevidade e o impacto financeiro dos resultados nessa população.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					11. Solicitação de serviços de emergência. 12. Importância de solicitar ajuda pelo 911. 13. Orientações sobre fatores de riscos para o AVC e sinais de alerta para prevenção de sua recorrência ou da gravidade da recorrência. 14. Reconciliação medicamentosa. 15. Alta de paciente mediante consulta agendada de cuidados primários. 16. Encaminhamento de resumos de alta no prazo de 24 horas. 17. Discussão de consultas de acompanhamento antes da alta. 18. Orientação sobre a importância do acompanhamento médico.	
18	LANGSTAFF et al., 2014	Canadá	Estudo experimental	<i>Early Home-Support discharge (EHSD)</i>	Componente pré-alta 1. Terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas reúnem-se com o paciente antes da alta para discutir a recuperação e estabelecer metas de tratamento. 2. Nesse período, o paciente recebe reabilitação intensiva. 3. Antes da implementação da intervenção, realiza-se uma visita semanal durante oito semanas. 4. Reunião antes da alta para planejamento da assistência intersetorial e compartilhamento de conhecimentos. Componente pós-alta 5. Visita domiciliar cinco dias após a alta hospitalar e uma vez por semana, durante as quatro primeiras semanas, e depois uma vez a cada duas semanas, para as próximas quatro semanas. 6. Após o primeiro mês de alta hospitalar, três visitas por semana de fisioterapia e terapia ocupacional, e duas visitas por	<ul style="list-style-type: none"> • Redução do tempo de espera para reabilitação de 44 dias para 4,4 dias. • Redução de 68,7 dias por ano no número de internações. • Redução significativa da reabilitação em regime de internação. • Mostrou-se sustentável para toda a geografia rural do Sudoeste de Ontário. • Reduziu o tempo de espera para a reabilitação. • Melhorou o acesso à reabilitação baseada na comunidade. • Serviço viável e de baixo custo para melhorar o acesso ao acompanhamento de serviços de reabilitação em uma região rural.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					<p>semana de fonoaudióloga, e até uma visita por semana de assistente social.</p> <p>7. No segundo mês realiza-se, no máximo, uma visita pela fonoaudiologia e, por parte da assistente social, que pode-se esperar até 12 semanas.</p> <p>8. Visitas adicionais estão previstas, de acordo com as necessidades individuais.</p> <p>9. Reunião entre terapeutas do serviço de internação com terapeutas comunitários para discutir a recuperação.</p> <p>10. Reabilitação de alta intensidade.</p> <p>11. Incentivo para a participação em grupos nos quais possam compartilhar conhecimentos sobre o AVC no ambiente de trabalho.</p> <p>12. Melhores recursos educacionais para lidar com o AVC.</p>	
19	CAMERON et al., 2014	Canadá	Estudo qualitativo descritivo	<i>Weekend Pass (WP)</i>	<p>1. A intervenção avaliada possibilita que os pacientes passem os fins de semana em casa antes da alta, sob supervisão de seus familiares.</p> <p>2. Pressupostos relacionados com a intervenção: Componente pré-alta</p> <p>3. Fornece uma visão a pacientes e familiares de que a vida pode ser semelhante após o retorno para casa.</p> <p>4. Pacientes e famílias têm a oportunidade de testar habilidades e identificar suas necessidades de cuidados em casa.</p> <p>5. Paciente aprende sobre suas habilidades e conhece barreiras e obstáculos com os quais pode se deparar fora do ambiente hospitalar.</p> <p>6. Motivação do paciente para se envolver na terapia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes, profissionais e cuidadores concebem a intervenção como uma importante oportunidade de aprendizagem, que irá facilitar a transição definitiva dos pacientes para o domicílio. • A mobilidade dos pacientes em casa foi relatada como uma das principais preocupações de segurança. Antes da alta, sentem-se seguros em casa. • A segurança em casa foi considerada pelos pacientes como tendo importância fundamental.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					<p>7. Oportunidade dos pacientes resolverem problemas vivenciados no fim de semana.</p> <p>8. Fornece à família a oportunidade de prática do cuidado no ambiente doméstico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na segurança e no engajamento em atividades sociais e recreativas foi algo considerado positivo pelos pacientes. • Cuidadores assinalaram a necessidade de apoio e preparo por parte da equipe de saúde para o cuidado seguro do paciente em casa. A adequação da casa com o objetivo de promover ajustes de acordo com as capacidades do paciente, receber de volta este membro da família e proporcionar sua mobilidade neste espaço revelou-se uma das principais preocupações de pacientes. • Profissionais de saúde apontam a importância do apoio da família, especialmente na atenção comunitária. <p>Preparando pacientes e familiares para um fim de semana em casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes solicitaram preparo para a prática de atividades de vida diária e contatos sociais, bem como apoio físico e emocional. • Necessidade de informações sobre ajustes e mudanças no estilo de vida, bem como a respeito de atividades que

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
						<p>podem ser desenvolvidas em casa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidadores reconhecem que não se sentem seguros e confiantes para realizar essas atividades. • Familiares relatam que não se sentem confiantes para desempenhar o papel a eles designado. <p>Profissionais de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordaram desafios relacionados ao preparo dos familiares: dificuldade de compreensão da importância da intervenção, sobrecarga de serviços, decisão de última hora do paciente, o que impossibilita prepará-lo e, portanto, pode comprometer a sua segurança. • Necessidade de compreender a importância das conferências de família. <p>O contexto emocional de passar o fim de semana em casa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medo de ficar sozinho e ter outro AVC. • Dificuldade para lidar com os diferentes estímulos e as barreiras ambientais. • Alguns pacientes relataram insatisfação por deixarem a família, e outros sentiram-se

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
						<p>animados para continuarem a reabilitação.</p> <ul style="list-style-type: none"> Satisfação do cuidador ao receber apoio de outras pessoas, incluindo familiares, amigos e vizinhos.
20	TAULE et al., 2015	Noruega	Estudo experimental	<i>Early Home-Support discharge</i>	<p>Intervenção ESD:</p> <ol style="list-style-type: none"> Paciente recebe alta para casa o mais rápido possível, caso apresente condições clínicas para tanto. Apoio iniciado pela equipe multidisciplinar durante a hospitalização até a alta. Essa equipe atua como um elo entre todas as instâncias envolvidas e coordena o processo de reabilitação. É responsável por: realizar visitas domiciliares, acompanhamento de transferências entre unidades em diferentes níveis de cuidado em saúde, acompanhamento multidisciplinar sistemático na clínica ambulatorial do hospital. Após o retorno para casa, uma equipe multidisciplinar de saúde municipal fica responsável pelo apoio e tratamento em unidade-dia ou em casa. Paciente é encorajado a se envolver em atividades por iniciativa própria. Fornecimento de apoio médico - do seu próprio médico ou tratamento geral por outros profissionais. <p>ESD day unit</p> <ol style="list-style-type: none"> Transferência do paciente do contexto domiciliar a uma unidade-dia para tratamento pela equipe de saúde municipal. Atividades desenvolvidas por terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. 	<ul style="list-style-type: none"> Os resultados unificados dos grupos <i>ESD dayunit</i> e <i>ESD home</i> apresentaram efeitos positivos relacionados ao desempenho e à independência. A capacidade de desempenho e o grau de independência foram significativamente relacionados à idade. Não foram encontradas diferenças significativas quando comparadas as mudanças entre os participantes em ESD home com o <i>dayunit</i>. Indicou-se que o ESD é o modelo mais adequado para melhoria do funcionamento físico e reabilitação social de pacientes com AVC. Não houve qualquer diferença entre os tratamentos quando comparada a medida de habilidades necessárias para a execução de atividades. Observou-se melhora significativa na capacidade de desempenho e no grau de independência após a aplicação da ESD.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					<p>9. A duração das atividades chegou, em média, a 22 horas no decorrer de quatro semanas.</p> <p>10. Tratamento individualizado, com foco em necessidades específicas: memorização, função motora e atividades de vida diária.</p> <p>11. Socialização com outros pacientes que sofreram AVC.</p> <p>12. Tratamento em grupos, como caminhada e fisioterapia adicional.</p> <p>ESD home</p> <p>13. Tratamento foi realizado em casa pela equipe municipal.</p> <p>14. Duração do tratamento: 17 horas distribuídas em quatro semanas.</p> <p>15. O tratamento foi essencialmente direcionado para atividades da vida diária.</p> <p>16. Tratamento para função motora.</p> <p>17. Atividades desenvolvidas por terapeuta ocupacional e fisioterapeuta.</p>	
21	FISHER et al., 2016	Reino Unido	Estudo observacional	<i>Early Home-Support discharge</i>	<p>O desenvolvimento da intervenção seguiu modelos de cuidados baseados em evidências e o consenso internacional apresentado por Fisher et al. (2011).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Houve redução significativa no tempo de hospitalização e de recuperação em casa. • Acelerou o processo de recuperação de pessoas com AVC de leve a moderado, em termos da capacidade para desempenho das atividades da vida diária. • Melhores resultados no componente saúde mental da avaliação de qualidade de vida. • Satisfação do paciente e do cuidador com os serviços de saúde.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
						<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do conhecimento de pacientes e cuidadores quanto a fatores de riscos e busca aos serviços comunitários. • Apesar da diversidade de recomendações nacionais e orientações, o ESD não é acessível para todos os pacientes no Reino unido e de outros países.
22	COLLINS, Gillian et al., 2016	Irlanda	Análise fenomenológica interpretativa	<i>Early Home-Support discharge</i>	O estudo avaliou a percepção de pacientes e cuidadores sobre uma intervenção de alta precoce, a qual adotou o modelo de intervenções segundo o consenso estabelecido por Fisher et al. (2011).	<ul style="list-style-type: none"> • O ESD representou para a pessoa com AVC uma oportunidade de receber a reabilitação em seu ambiente familiar. • A satisfação com a abordagem estava relacionada com a oportunidade de receber a reabilitação de forma personalizada. • A intervenção representou uma forma do indivíduo dirigir o processo de reabilitação no qual não seria possível de ser realizado no contexto hospitalar. • Permitiu o retorno das ocupações de forma mais rápida, o que contribuiu para um sentido de normalidade na vida dessas pessoas. • O ambiente domiciliar representa um contexto de reabilitação conveniente e confortável que facilita maior

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
						escolha e decisão entre os sobreviventes de AVC.
23	SANTANA et al., 2016	Portugal	Estudo experimental	<i>Early Home-Support discharge</i>	<p>Componente pré-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> Definição do gestor de caso, o qual também será responsável por transmitir informações sobre o paciente para a equipe interdisciplinar. Avaliação do paciente e agendamento de reunião conjunta com o cuidador familiar. Preparo do paciente e do cuidador para a alta hospitalar. O preparo da alta é realizado frequentemente pelo assistente social. Elaboração de um plano de reabilitação individual para ser implementado em casa ou em um centro de internação específico para reabilitação. Disponibilização de equipamentos e adaptações necessárias no domicílio. <p>Componente pós-alta</p> <ol style="list-style-type: none"> Plano de cuidado baseado nas necessidades específicas do paciente e do cuidador familiar. Implementação de oito sessões educativas com duração máxima de um mês. Temas educativos relacionados a comportamentos saudáveis; informações específicas sobre AVC, prevenção de recorrência e busca de auxílio na comunidade. Reabilitação com foco na adaptação para as atividades diárias. Valorização do contexto habitual do paciente: cuidados pessoais, caminhadas e atividades de lazer. Treinamento do cuidador familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> Apesar do estudo não ter evidenciado mudanças significativas após seis meses de acompanhamento no quesito independência funcional de pacientes com AVC, os pesquisadores descreveram que a implementação do serviço (EHSD) foi viável em Portugal. Não houve diferença na média de permanência entre os grupos, mais poucas pessoas do grupo intervenção receberam alta para centros de reabilitação. A participação de gestores de caso favoreceu o melhor acompanhamento e a compreensão da trajetória do paciente. O EHSD pode ser implementado em realidades complexas de saúde, assim como em outros países.

Nº	Autor/Ano	País	Método	Intervenção		Resultados
				Nome da transição	Descrição	
					13. Desenvolvimento de habilidades e competências de cuidado.	

Fonte: elaborado pelas autoras.

A sumarização dos componentes identificados nas intervenções desenvolvidas segundo o modelo Ideal de Transição do Cuidado proposto por Burke et al. (2013) está apresentada nos quadros 6 e 7. Verificou-se predomínio de intervenções pré e pós-alta (16; 70%), que utilizaram três ou mais componentes (18 artigos; 78%) deste modelo, sobretudo educação do paciente para o autogerenciamento (22 artigos; 96%), monitorização e manejo dos sintomas após a alta (20 artigos; 87% das intervenções) e planejamento da alta (14 artigos; 61%). Somente (2 artigos, 8,7%) dos estudos analisados abordaram intervenções direcionadas à segurança dos medicamentos, e nenhum discutiu o planejamento do cuidado avançado. Verificou-se que o modelo mais utilizado foi o *Early Support Discharge* (9 artigos; 39%).

Quadro 6 - Domínios da transição ideal de cuidados proposto por Burke et al. (2013) identificados nas intervenções de cuidado transicional para pessoas que vivenciaram o acidente vascular cerebral.

	INTERVENÇÃO/ AUTORES/ANO	DOMÍNIOS TIC*									
		PAH	CCI	DPCOI	SM	EAG	LSS	PCA	CC	MGS	SCAC
1	Transição intensificada (GRASEL et al. 2006)	x	x			x				x	
2	Home Telehealth (LUTZ et al., 2007)					x				x	x
3	Chronic disease management program (KENDALL et al., 2007)					x					x
4	Family-caregiver discharge planning (SHYU et al., 2008)	x				x				x	x
5	Home based education program (OSTWALD et al., 2008)					x				x	x
6	Caring web (PIERCE et al., 2009)		x			x				x	
7	Telephone assessment building kit(BAKAS et al., 2009)					x				x	
8	Care coordination home telehealth (LUTZ et al., 2009)			x		x				x	
9	Family-caregiver Discharge Planning Program (SHYU et al., 2010)	x				x				x	x
10	Early home-support discharge (FJAERTOF; ROWERDHER; INDREDAVIK, 2011)	x	x	x		x	x		x	x	x
11	Collaborative interprofessional stroke care in community reengagement (CHEUNG et al., 2012)					x					x
12	Home-based individual tele-care (KIM et al., 2012)					x				x	
13	Early home-support discharge (CHOULIARA et al., 2013)	x	x	x		x	x		x	x	x
14	Early home-support discharge (COBLEY et al., 2013)	x	x	x		x	x		x	x	x
15	Early home-support discharge(GUSTAFSSON et al.,2014)	x	x	x		x	x		x	x	x
16	Relatório de medicamentos incluído na carta de alta (HOHMANN et al., 2014)				x					x	
17	Alta para casa com autocuidado gerenciado por Nurse Navigators (POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014)	x	x	x	x	x	x		x	x	x
18	Early home-support discharge (LANGSTAFF et al., 2014)	x	x	x		x	x		x	x	x
19	Weekend pass (CAMERON et al., 2014)	x				x					
20	Early home-support discharge (TAULE et al., 2015)	x	x	x		x	x		x	x	x
21	Early home-support discharge (FISHER et al., 2016)	x	x	x		x	x		x	x	x
22	Early home-support discharge (COLLINS et al., 2016)	x	x	x		x	x		x	x	x
23	Early home-support discharge (SANTANA et al., 2016)	x	x	x		x	x		x	x	x
Total (23)		14/23	12/23	11/23	3/23	22/23	10/23	0/23	10/23	20/23	16/23

Legenda: *Transição ideal do cuidado (TIC) Burke et al.(2013) – 1. Planejamento da alta hospitalar (PAH); 2. Comunicação completa da informação (CCI); 3. Disponibilidade, prontidão, clareza e organização das informações (DPCOI); 4. Segurança nos medicamentos (SM); 5. Educação para o autogerenciamento (EAG); 6. Lista para suporte social e comunitário (LSS); 7. Planejamento do cuidado avançado (PCA); 8. Coordenação do cuidado entre os membros (CC); 9. Monitoramento e gerenciamento dos cuidados após a alta (MGS); 10. Seguimento do cuidado no nível ambulatorial e comunitário (SCAC).

Fonte: elaborado pelas autoras

Quadro 7 – Síntese das intervenções de cuidado transicional à pessoas que sobreviveram ao AVC, segundo os domínios da transição ideal de cuidados (TIC) proposto por Burke et al. (2013).

DOMÍNIOS DO TIC	N (%)	SÍNTESE
Planejamento da alta (DP)	12 (57,0)	Planejamento de alta centrado no paciente e na família, elaborado sob a liderança de enfermeiros, que deverão acompanhar o período de transição e a trajetória do paciente no decorrer do seu tratamento nos demais níveis de atenção à saúde. (1,4,9,13,14,16,17) Mediação de grupos de autoajuda e apoio para cuidadores. (1) Iniciado na admissão, coordenado por equipes multiprofissionais e centrado no engajamento e empoderamento das pessoas. Requer equipes multiprofissionais, nas quais existam efetivo envolvimento e comunicação eficaz ao longo do processo de planejamento. (4,19,20,21) Orientado para o preparo do paciente e da família para o autogerenciamento do cuidado no contexto domiciliar. Algumas intervenções preconizaram avaliar a necessidade de tecnologia assistiva e de adaptações no domicílio (1,2,10,13,14,15,17,18,19,20,21,22,23) A estratégia do fim de semana terapêutico em casa foi utilizada para avaliar necessidades relacionadas à acessibilidade e ao preparo do paciente e da família para promoção da independência funcional (1;15;18)
Comunicação completa das informações (CCI)	10 (48,0)	As intervenções apresentaram diferentes estratégias utilizadas para a comunicação completa das informações, tais como reunião de alta para revisão das informações do plano de cuidado, juntamente com paciente e cuidador (4,10,13,14,15,17,19,20,21,22,23); registros de informações em prontuário eletrônico (10,14,17,19,20,21) e preenchimento de documentação, a fim de firmar o compromisso de acompanhar o paciente (16)
Disponibilidade, prontidão, clareza e organização das informações (DPCOI)	9 (43,0)	Utilização de diferentes modalidades de tecnologias de informação para promover o acesso imediato, claro e objetivo de informações relacionadas ao plano de alta, às necessidades de suporte social e comunitário e, em especial, de reabilitação. (2,3,6,8, ,17) Em algumas intervenções, o gestor do caso ou <i>Nurse Navigator</i> teve o papel central de estabelecer a comunicação via telefone e agendar a primeira consulta na atenção primária. O objetivo foi favorecer a transmissão de todas as informações necessárias para a continuidade e o seguimento do cuidado após a alta. (2,10, 13,15,16,18,19,20,21,22,23)
Segurançanosmedicamentos (SO)	3(14,0)	Registro de todas as informações relacionadas aos medicamentos, o que favorece tanto a segurança quanto a adesão terapêutica. A reconciliação medicamentosa foi a intervenção implementada e incluiu a elaboração de um relatório de medicamentos por um farmacêutico. (15,16) Lista de medicamentos usados durante e após a alta hospitalar. Registro de informações relacionadas a modificações dos medicamentos, novos medicamentos, doses, descontinuidade dos medicamentos, interações medicamentosas e eventos adversos. (15,16)
Educação para o autogerenciamento (EAG)	20 (95)	Intervenção educativa que, no caso dos estudos analisados, foi aplicada por meio de metodologias ativas que incluíram a participação e o envolvimento do paciente e do cuidador e adotaram estratégias como aulas expositivas, técnicas de <i>teach-feedback</i> , simulação e observação para engajá-lo no cuidado (1,4,11,18).

DOMÍNIOS DO TIC	N (%)	SINTESE
		A maioria das intervenções teve início no período de hospitalização e, após a alta, foram complementadas por meio de aconselhamento, monitoramento eletrônico e via telefone (1,10,12,13,14,15,19,20,21,22,23). Alguns estudos utilizaram modelos de autogerenciamento para a promoção de intervenções educativas desenvolvidas em múltiplas sessões após a alta (3,7). As temáticas dos planos educativos estiveram relacionadas a bem-estar, alimentação, vida saudável, relaxamento; conhecimentos sobre o AVC, sinais e sintomas de alerta, prevenção da recorrência e outras temáticas definidas com base nas necessidades dos pacientes e cuidadores em termos de cuidado domiciliar (3,5,8,9,10,16,17).
Lista para suporte social e comunitário (LSS)	8 (38,0)	Muitas intervenções incluíram a elaboração de checklists informativos sobre locais para assistência na comunidade, a verificação <i>in locu</i> de adaptações necessárias no domicílio e a identificaram a necessidade de garantir o acesso do paciente ao suporte social e comunitário (1,4,13,14,16,17,19,20,21).
Planejamento do cuidado avançado (PCA)	0	Não se aplica.
Coordenação do cuidado entre os membros (CCA)	8 (38,0)	Coordenação do processo de reabilitação, visita domiciliar, acompanhamento de transferências entre unidades nos diferentes níveis de cuidados em saúde, acompanhamento multidisciplinar sistemático na clínica ambulatorial e no hospital (10,13,14,16,17,19,20,21).
Monitoramento e gerenciamento dos sintomas após a alta (MGS)	18 (86,0)	Acompanhamento do paciente, incluindo via telefone, linha diretas ativadas pelo paciente e visitas domiciliares (1, 2 4,5,6,7,8,9,5,12,15,16). Discussão dos resultados de exames, bem como utilização dos serviços de emergência via telefone (6,8). Visita domiciliar para apoio e reabilitação (9,10,13,14,17,19,20,21).
Seguimento do cuidado com profissionais no nível ambulatorial e comunitário (SCAC)	14 (67,0)	Acompanhamento do paciente pelo coordenador de cuidados (2,4,7). Disponibilização de equipes interdisciplinares para auxiliar no autogerenciamento (3,10,11,13,14,15,17,19,20,21,22,23). Avaliação, por enfermeira, do diagnóstico atual do cuidado (4,9). Contatos telefônicos para seguimento e referência aos demais níveis de atenção à saúde (5). Acompanhamento do paciente após a alta até a consulta ambulatorial (10,19,20,16).

Legenda: As citações dos estudos foram realizadas com base na numeração de cada referência do Quadro 6, página 90.

Fonte: elaborado pelas autoras

Sete estudos apresentaram intervenções que incluíram o gestor de caso (CHOULIARA et al., 2013; COBLEY et al., 2013; FJAERTOFT; ROHWEDER; INDREDAVIK, 2011; FISHER et al., 2016; LANGSTAFF et al., 2014; SANTANA et al., 2016; TAULE et al., 2015) e um *Nurse Navigator* como líderes das equipes de transição (POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014). O papel central desses profissionais, além da coordenação do cuidado entre os membros da equipe, reside em estabelecer uma comunicação eficaz com a atenção primária para a adequada transferência de informações e encaminhar o paciente para acompanhamento.

Muitos estudos apresentaram resultados do impacto das intervenções nos serviços de saúde com base em indicadores como taxa de readmissão e redução no tempo de internação (FJAERTOFT; ROHWEDER; INDREDAVIK, 2011; FISHER et al., 2016; LUTZ et al., 2009; LANGSTAFF et al., 2014; OSTWALD et al., 2008; OSTON; DUMAS; EDLUND, 2014; SHYU et al., 2008; SANTANA et al., 2016). Além disso, avaliaram medidas de resultados referentes ao paciente, como número de pacientes que receberam visitas após a alta e mudanças de comportamento em termos de adesão terapêutica (HOHMANN et al., 2014).

Também foi avaliada a perspectiva de pacientes e cuidadores sobre a experiência vivenciada por meio dessas intervenções e os benefícios por elas proporcionados para sua recuperação no contexto domiciliar (BAKAS et al., 2009; CHEUNG et al., 2012; COBLEY et al., 2013; CAMERON et al., 2014; CHUMBLER; ROLAND, 2007; COLLINS et al., 2016; CHOULIARA et al., 2013; GUSTAFSSON et al., 2014; GRASEL et al., 2006; KENDALL et al., 2007; KIM et al., 2012; LUTZ; et al., 2007; SHYU et al., 2010; TAULE et al., 2015).

De modo geral, os estudos identificaram resultados favoráveis após a implementação das intervenções de cuidado transicional e demonstraram ser esta uma área temática para a qual deverão ser empreendidos esforços no sentido de subsidiar recursos para a melhoria da qualidade da gestão da transição do cuidado.

Identificou-se a importância da abordagem de temas direcionados a necessidades físicas e emocionais do cuidador, abordagem multidisciplinar para acompanhamento do processo de recuperação, necessidade de coordenação de cuidados ao longo da assistência e avaliação domiciliar por um gestor de casos antes da alta, o que pode ajudar principalmente pacientes com limitações significativas.

6 DISCUSSÃO

Este *scoping review* apresenta uma perspectiva global dos modelos de cuidado transicional e das intervenções direcionadas a pacientes e/ou cuidadores familiares após o AVC, o que permite evidenciar como a temática tem sido abordada, os domínios de intervenções ideais para implementação do cuidado transicional, bem como os métodos de estudos atualmente desenvolvidos para analisar a viabilidade da incorporação dessas estratégias em prol da qualidade e segurança no cuidado. Além disso, possibilitou identificar os países que já dispõem de modelos e intervenções de cuidados consolidados em seus sistemas de saúde e aqueles que ainda se encontram em fase de desenvolvimento e implementação.

Os estudos sobre modelos de cuidado transicional apresentaram aspectos gerais relacionados ao enfrentamento do AVC e às necessidades de cuidados no decorrer desse processo e demonstraram os avanços por eles promovidos na transição do cuidado, em especial nos Estados Unidos e no Canadá (ALLEN et al., 2009; BREWER; WILLIAMS, 2010; CAMERON; GIGNAC, 2008; CAMERON et al., 2016; GILMORE et al., 2008; GORLITZ; RASHID; WEINHARDT, 2012; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007; FISHER et al., 2011).

Observou-se que todos os modelos incorporam conceitualmente em sua descrição os princípios teóricos e elementos essenciais propostos para esse tipo de abordagem do cuidado (COLEMAN, 2003; NAYLOR, 2006; SNOW et al., 2009). Entre esses elementos, destacaram-se: as intervenções multimodais com ênfase no envolvimento de equipes multidisciplinares ao longo de todo o processo de continuidade da transição, a fim de fortalecer o gerenciamento do cuidado após a alta hospitalar por meio da educação do paciente e do cuidador familiar para promoção do autogerenciamento; e aquelas cujo foco residiu no planejamento integrado da alta hospitalar, com ênfase no preparo e seguimento do tratamento no contexto ambulatorial e comunitário (CHOULIARA et al., 2013; COBLEY et al., 2013; CAMERON et al., 2014; COLLINS et al., 2016; FISHER et al., 2016; FJAERTOFT; ROHWEDER; INDREDAVIK, 2011; GRASEL et al., 2006; GUSTAFSSON et al., 2014; HOHMANN et al., 2014; KIM et al., 2012; LANGSTAFF et al., 2014; POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014; SHYU et al., 2008; SHYU et al., 2010; SANTANA et al., 2016; TAULE et al., 2015).

As intervenções de cuidados para o AVC identificadas foram focadas no processo de transição que se inicia durante a hospitalização, como parte do processo de planejamento da alta, com o objetivo de favorecer o autogerenciamento e a coordenação da continuidade do cuidado (BREWER; WILLIAMS, 2010; CAMERON; GIGNAC, 2008; CAMERON et al., 2016; GILMORE et al., 2008; GORLITZ; RASHID; WEINHARDT, 2012; FISHER et al., 2011; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007).

Os resultados dos estudos experimentais mostraram efeitos positivos das intervenções, bem como desafios que envolvem mudanças na estrutura organizacional, na constituição das equipes e análise dos custos para a viabilidade das intervenções. Como exemplos de indicadores positivos, destacaram-se: redução das readmissões, maior controle sobre gastos evitáveis em saúde e menor tempo de permanência no hospital (BAKAS et al., 2009; FJAERTOFT; ROHWEDER; INDREDAVIK, 2011; GRASEL et al., 2006; LANGSTAFF et al., 2014; KENDALL et al., 2007; LUTZ et al., 2009; POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014; SHYU et al., 2008; SHYU et al., 2010; KIM et al., 2012; SANTANA et al., 2016; TAULE et al., 2015).

Já o gerenciamento da transição foi identificado como elemento desafiador e envolveu uma série de ações integradas e complexas de planejamento, as quais contemplam ações estabelecidas desde a fase de preparo para alta hospitalar até a reintegração comunitária (BREWER; WILLIAMS, 2010; CAMERON; GIGNAC, 2008; CAMERON et al., 2016; FISHER et al., 2011; GILMORE et al., 2008; GORLITZ; RASHID; WEINHARDT, 2012; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007).

Os estudos demonstraram que, para ser considerada intervenção de transição, os protocolos devem incluir estratégias que orientem o planejamento da alta hospitalar com foco no preparo do paciente e do cuidador, bem como deve haver uma comunicação eficaz das informações entre as equipes do hospital e da atenção primária, a fim de garantir o adequado seguimento do cuidado, em especial dos pacientes com AVC, os quais demandarão cuidados complexos (BREWER; WILLIAMS, 2010; CAMERON; GIGNAC, 2008; CAMERON et al., 2016; FISHER et al., 2011; GILMORE et al., 2008; GORLITZ; RASHID; WEINHARDT, 2012; HOLMQVIST, 2007; LARSEN; LANGHORNE; OLSEN; SORENSEN, 2006).

Todos os estudos mostraram limitações em termos de recursos organizacionais para garantir a continuidade do cuidado e indicaram ser necessário

aprofundar a compreensão dessa problemática nos diferentes cenários de cuidado. De modo geral, as intervenções encontram-se implementadas em serviços isolados, e os protocolos são desenvolvidos localmente (ALLEN et al., 2009; BREWER; WILLIAMS, 2010; CAMERON; GIGNAC, 2008; CAMERON et al., 2016; FISHER et al., 2011; GILMORE et al., 2008; GORLITZ; RASHID; WEINHARDT, 2012; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006; LANGHORNE HOLMQVIST, 2007).

Muitos estudos destacaram a importância de flexibilidade e variação do tempo destinado às intervenções, de acordo com o plano individualizado de cuidados e o grau de comprometimento do paciente após o AVC (BREWER; WILLIAMS, 2010; FISHER et al., 2011; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007). Observou-se também a inclusão do cuidador em todas as etapas do processo, em especial no seguimento, para monitoramento e gerenciamento dos cuidados após a alta (BREWER; WILLIAMS, 2010; FISHER et al., 2011; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007).

A análise dos estudos permitiu verificar ainda a necessidade de, na fase de planejamento da alta de pessoas após o AVC, promover suporte inicial, acompanhamento por especialidades ou equipes multidisciplinares e atividades de educação em saúde dirigidas a pacientes e cuidadores familiares. Da mesma forma, deve-se estabelecer comunicação interprofissional entre os diferentes ambientes do cuidado e realizar avaliação processual das necessidades do paciente e familiar, em especial daqueles para os quais o processo de adaptação da transição demandará cuidados de longa duração (BREWER; WILLIAMS, 2010; CAMERON; GIGNAC, 2008; CAMERON et al., 2016; COLLINS et al., 2016; FISHER et al., 2011; GORLITZ; RASHID; WEINHARDT, 2012; GUSTAFSSON et al., 2014; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007).

Como elementos-chave do planejamento da alta, foram identificados: engajamento do paciente, do cuidador e de profissionais envolvidos no preparo para a transferência do cuidado; responsabilidade compartilhada do cuidado nos diferentes níveis do sistema de saúde; comunicação bidirecional e eficaz para a transferência de informações em tempo hábil; promoção de intervenções educativas focadas na capacidade para o autogerenciamento do cuidado, prevenção secundária do AVC; e desenvolvimento de habilidades para o cuidado, seguimento do tratamento e reabilitação (ALLEN et al., 2009; BREWER; WILLIAMS, 2010; CAMERON et al., 2016; CAMERON; GIGNAC, 2008; COLLINS et al., 2016; FISHER et al., 2011;

GUSTAFSSON et al.,2014; GORLITZ; RASHID; WEINHARDT, 2012; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007).

Verificou-se que o planejamento integrado da alta proporciona resultados positivos no que se refere à redução das taxas de readmissão, sobretudo nos casos em que a intervenção foi aplicada no contexto hospitalar. Trata-se, portanto, de uma intervenção eficaz, passível de ser aplicada em outras comorbidades, que melhora o preparo de cuidadores e a percepção que têm em relação às suas necessidades concorrentes (SHYU et al., 2008; SHYU et al., 2010). Destaca-se, no entanto, a importância de novas pesquisas para avaliar o impacto financeiro dos resultados dessa população a longo prazo (CHOULIARA et al., 2013; COBLEY et al., 2013; CAMERON et al., 2014; FJAERTOFT; ROHWEDER; INDREDAVIK, 2011; FISHER et al., 2016; GRASEL et al., 2006; LANGSTAFF et al., 2014; POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014; SHYU et al., 2008; SHYU et al., 2010; SANTANA et al., 2016;TAULE et al., 2015).

Algumas intervenções incorporaram às equipes multidisciplinares o profissional gestor de caso ou o *Nurse Navigator* (enfermeiro responsável pela transferência do cuidado ao longo do sistema de saúde). Esses profissionais assumiram o papel central de estabelecer a comunicação com o paciente via telefone e agendar a sua primeira consulta na atenção primária, com o objetivo de favorecer a transmissão de todas as informações necessárias para a continuidade e o seguimento do cuidado após a alta (CAMERON et al., 2014; FJAERTOFT; ROHWEDER; INDREDAVIK, 2011; FISHER et al., 2016; LUTZ; CHUMBLER; ROLAND, 2007; POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014; SANTANA et al., 2016; TAULE et al., 2015).

Poston, Dumas e Edlund (2014) incorporaram ao modelo de alta para pessoas com AVC isquêmico dois componentes do Modelo RED e incluíram uma enfermeira de navegação do cuidado (*Navigator Nurse*). Esses componentes, implementados em conjunto com o planejamento integrado da alta, ficaram sob a responsabilidade da *Navigator Nurse* na fase de agendamento do seguimento com os profissionais da atenção primária à saúde. São eles: transmissão do sumário de alta para pacientes e profissionais da atenção primária e fornecimento de todas as informações sobre os serviços de atenção primária aos pacientes que não tinham designado o médico da família (POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014). Outro modelo identificado utilizou a denominação "*Stroke Navigator*", para se referir ao profissional de saúde cuja função é evitar perdas nos sistemas ou quebra na continuidade do cuidado e melhorar o

conhecimento, o autogerenciamento e o enfrentamento do AVC (GILMORE et al., 2008).

A transferência das informações foi bastante discutida nos estudos e, entre as ações recomendadas para tanto, emergiram: reunião de alta para revisão das informações contidas nos planos de cuidado, juntamente com o paciente e o cuidador familiar, registros de informações em prontuário eletrônico e preenchimento de documento de transferência de responsabilidade do paciente pelos profissionais que darão continuidade ao seu cuidado (CHOULIARA et al., 2013; COBLEY et al., 2013; FJAERTOFT; ROHWEDER; INDREDAVIK, 2011; FISHER et al., 2016; LANGSTAFF et al., 2014; POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014; SHYU et al., 2008; SANTANA et al., 2016; TAULE et al., 2015).

Para garantir a disponibilidade, prontidão, clareza e organização das informações foram utilizadas diferentes tecnologias capazes de promover o acesso imediato, claro e objetivo de dados pertinentes ao plano de alta e às necessidades de suporte social e comunitário, em especial, de reabilitação (CHOULIARA et al., 2013; KENDALL et al., 2007; LUTZ; CHUMBLER; ROLAND, 2007; LUTZ et al., 2009; LANGSTAFF et al., 2014).

Como estratégia, alguns estudos utilizaram a visita domiciliar para apoio e reabilitação (CHOULIARA et al., 2013; COBLEY et al., 2013; FJAERTOFT; ROHWEDER; INDREDAVIK, 2011; FISHER et al., 2016; GUSTAFSSON et al., 2014; LANGSTAFF et al., 2014; SHYU et al., 2008; SANTANA et al., 2016; TAULE et al., 2015). A maioria optou por acompanhar o paciente (via telefone, linhas diretas ativadas pelo paciente e visitas domiciliares), a fim de promover ações educativas (BAKAS et al., 2009; CHUMBLER; ROLAND, 2007; GRASEL et al., 2006; HOHMANN et al., 2014; KIM et al., 2012; LUTZ; LUTZ et al., 2009; OSTWALD et al., 2008; SHYU et al., 2008; SHYU et al., 2010; POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014), discutir resultados de exames e orientar sobre a utilização dos serviços de emergência via telefone (LUTZ; CHUMBLER; ROLAND, 2007; LUTZ et al., 2009).

Também foram identificadas intervenções de coordenação do cuidado domiciliar via *Home Telehealth* (CC/HT), (LUTZ et al., 2009), as quais visaram estabelecer um relacionamento com o paciente por meio de um aparelho de mensagens direcionadas. Os resultados dessa intervenção evidenciaram aspectos positivos, de modo que ela foi considerada uma ferramenta de segurança durante o período inicial após a alta hospitalar, no qual pacientes e cuidadores apresentam

maior facilidade para a autogestão de suas responsabilidades. Outros estudos utilizaram a abordagem de telessaúde ou telecuidado (BAKAS et al., 2009; KIM et al., 2012; LUTZ; CHUMBLER; ROLAND, 2007; LUTZ et al., 2009), tendo verificado que esse tipo de intervenção promoveu a comunicação direta, via telefone, entre paciente e profissionais de saúde distantes do contexto domiciliar. Essas intervenções de cuidado transicional baseiam-se em estratégias como educação em saúde, monitoramento, aconselhamento e gestão de riscos.

A intervenção individualizada de múltiplos componentes denominada *Telephone Assessment and skill-building kit – TASK* (BAKAS et al., 2009) mostrou eficácia no otimismo do cuidador, reduziu o sentimento de ameaça diante do tratamento e a presença de sintomas depressivos. O programa promove abordagem multidisciplinar com vistas ao desenvolvimento de habilidades com base nas necessidades e preocupações de cuidadores familiares após a alta hospitalar, na assistência e no acompanhamento do paciente após a alta. Trata-se de uma forma considerada eficaz e de baixo custo para fornecer cuidados e informações a pacientes e cuidadores.

A presente análise também permitiu identificar estudos que abordaram a utilização da informática e do acesso remoto a ambientes virtuais descritos na intervenção *Caring Web* (PIERCE et al., 2009). Essas ferramentas mostraram-se eficazes para que os cuidadores pudessem ter acesso rápido e fácil a distância, bem como por terem possibilitado a obtenção de informações, o esclarecimento de dúvidas e o compartilhamento de experiências por meio de fóruns mediados por profissionais com experiência no cuidado de pessoas após o AVC. Neste caso, os pesquisadores identificaram que a utilização do acesso remoto a ambientes virtuais informativos proporcionou bons resultados no que se refere à redução de reinternações, as quais caíram 66% após as intervenções (PIERCE et al., 2009).

Sete estudos apresentaram resultados positivos relacionados com a satisfação do paciente e de cuidadores familiares, os quais mencionaram maior autocontrole da doença por meio do apoio de profissionais qualificados e redução dos sintomas de ameaça diante do tratamento. Isso, por sua vez, diminuiu os sintomas depressivos, melhorou a qualidade de vida, possibilitou maior comodidade e sincronia nas necessidades de comunicação e auxiliou na tomada de decisão com base em informações (BAKAS et al., 2009; GUSTAFSSON et al., 2014; KENDALL et al., 2007; LUTZ; CHUMBLER; ROLAND, 2007; LUTZ et al., 2009; PIERCE et al., 2009).

Nesse sentido, a implementação do autogerenciamento permitiu que os cuidadores pudessem melhorar a capacidade de tomar decisões e resolver problemas relacionados ao cuidado. A intervenção mostrou ainda boas perspectivas para redução de custos, e os pesquisadores recomendaram avaliações futuras sobre esse modelo. A gestão de riscos após a alta no contexto domiciliar foi abordada em três estudos (BAKAS et al., 2009; LUTZ et al., 2009; OSTWALD et al., 2008).

Entre os aspectos discutidos e que merecem ser abordados em estudos futuros estão: uso adequado de medicamentos, abordagem de sinais e sintomas de complicações e visitas domiciliares para identificação de eventual necessidade de adaptações no ambiente domiciliar e dos principais fatores de riscos para recorrência do AVC. Assinala-se que melhorar a compreensão sobre esses fatores favorece que as pessoas possam gerenciar de forma efetiva suas próprias condições de saúde.

Na Alemanha, pesquisadores desenvolveram um protocolo direcionado para melhorar a segurança no processo de continuidade do cuidado, em termos da utilização dos medicamentos prescritos (HOHMANN et al., 2014). Eles propuseram uma intervenção, incluída no relatório de alta hospitalar de pacientes que sobreviveram ao AVC isquêmico, cujo objetivo é melhorar a comunicação entre os serviços hospitalares e comunitários, com foco na reconciliação de medicamentos, bem como entre os profissionais do hospital e da atenção primária em termos de mudanças dos medicamentos (POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014). Esse aspecto foi reconhecido como benéfico, por evitar a ocorrência de eventos adversos relacionados a essas mudanças (HOHMANN et al., 2014). A intervenção de autocuidado gerenciada por *Nurse Navigator* incluiu avaliar a adesão ao uso de medicamentos na implementação de intervenções pós-alta (POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014).

A educação em saúde também foi adotada como intervenção mista, que teve início no contexto hospitalar e continuidade durante o processo de transição. Os programas e as intervenções educacionais variaram entre aqueles que forneciam pacotes de informações para o ensino direto por subespecialidades.

Fundamentadas na concepção de que pacientes e familiares têm uma fraca retenção de conhecimentos relacionados ao enfrentamento do AVC após a transição do cuidado, foram identificadas 20 intervenções baseadas em ações educativas que utilizaram os princípios do autogerenciamento centrado no letramento funcional e no encorajamento de pacientes e cuidadores para a autogestão dos cuidados em saúde.

Essas intervenções adotaram metodologias ativas, tais como programas de autogerenciamento em saúde no contexto ambulatorial e envolvimento do paciente e do cuidador. Para tanto, utilizaram recursos como aulas expositivas, técnicas de *teach-feedback*, simulação, observação para o engajamento no cuidado (CHEUNG et al., 2012; CAMERON et al., 2014; GRASEL et al., 2006; SHYU et al., 2008), por meio de visitas domiciliares e via telefone (OSTWALD et al., 2008); intervenções exclusivamente supervisionadas a distância por telefone (BAKAS et al., 2009), mensagens eletrônicas em aparelho celular (LUTZ et al., 2009) e em ambientes virtuais coordenados por profissionais especializados em AVC (PIERCE et al., 2009).

Destaca-se que a promoção da educação do paciente, da família e do cuidador após o AVC precisa ocorrer ao longo de todo o cuidado, com ênfase na prevenção secundária e no autogerenciamento do AVC (CAMERON et al., 2016). Trata-se de uma estratégia que deve ser desenvolvida de forma personalizada e específica para atender às necessidades de pacientes e cuidadores familiares (BAKAS et al., 2009; CHOULIARA et al., 2013; COBLEY et al., 2013; CAMERON et al., 2014; CHUMBLER; ROLAND, 2007; CHEUNG et al., 2012; FISHER et al., 2016; FJAERTOFT; ROHWEDER; INDREDAVIK, 2011; GRASEL et al., 2006; KIM et al., 2012; LUTZ; KENDALL et al., 2007; LUTZ et al., 2009; LANGSTAFF et al., 2014; OSTWALD et al., 2008; PIERCE et al., 2009; POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014; SHYU et al., 2008; SHYU et al., 2010; SANTANA et al., 2016; TAULE et al., 2015).

Encontram-se incluídas nas recomendações específicas a avaliação das necessidades de aprendizagem do paciente, família e cuidadores, a implementação de estratégias educativas ativas que contemplem a informação compartilhada, o ensino das habilidades para autogerenciamento, o treinamento do familiar para o cuidado seguro; e a avaliação do processo e monitoramento das necessidades de aprendizagem e reforço educativo, por meio da interação, atualização, continuidade e adequação do material educativo, que deve ser compatível com o nível de letramento funcional dos pacientes e familiares. Deve-se também avaliar a necessidade de utilizar tecnologias assistivas para pacientes com afasia e déficits cognitivos, ou de comunicação para a promoção de estratégias de autogerenciamento, a fim de promover a autoeficácia por meio do treinamento de habilidades (CAMERON et al., 2014).

Alguns estudos investigaram modelos de autogerenciamento para a promoção de intervenções educativas desenvolvidas em múltiplas sessões após a alta (BAKAS et al., 2009; KENDALL et al., 2007). Ainda no domínio da educação em saúde, outros estudos abordaram planos educativos relacionados a bem-estar, alimentação, vida saudável, relaxamento, conhecimentos sobre o AVC, sinais e sintomas de alerta, prevenção da recorrência e outras temáticas definidas com base nas necessidades dos pacientes e cuidadores em termos do cuidado domiciliar (FJAERTOFT; ROHWEDER; INDREDAVIK, 2011; KENDALL et al., 2007; LUTZ et al., 2009; LANGSTAFF et al., 2014; OSTWALD et al., 2008; POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014; SHYU et al., 2010).

A gestão de aspectos emocionais, como o fornecimento de apoio emocional e social para o paciente e o cuidador lidarem com frustrações, dores e isolamento também foi discutida como um importante elemento a ser incorporado nas intervenções educativas pós-alta (BAKAS et al., 2009; KIM et al., 2012; LUTZ et al., 2009; OSTWALD et al., 2008).

Nesse sentido, evidências científicas apontam a necessidade de fortalecer este tipo de intervenção (BAKAS et al., 2009; CHEUNG et al., 2012; CHOULIARA et al., 2013; COBLEY et al., 2013; FJAERTOFT; ROHWEDER; FISHER et al., 2016; INDREDAVIK, 2011; GRASEL et al., 2006; KIM et al., 2012; KENDALL et al., 2007; LUTZ; CHUMBLER; ROLAND, 2007; LUTZ et al., 2009; LANGSTAFF et al., 2014; OSTWALD et al., 2008; SHYU et al., 2008; SHYU et al., 2010; SANTANA et al., 2016; TAULE et al., 2015) e minimizar os déficits na transferência de informações entre profissionais de saúde do contexto hospitalar e da atenção primária (CHOULIARA et al., 2013; COBLEY et al., 2013; FJAERTOFT; ROHWEDER; INDREDAVIK, 2011; FISHER et al., 2016; GRASEL et al., 2006; LANGSTAFF et al., 2014; POSTON; DUMAS; EDLUND, 2014; SHYU et al., 2008; SHYU et al., 2010; SANTANA et al., 2016; TAULE et al., 2015).

Destaca-se que o modelo *Early Support Discharge* foi o mais utilizado em protocolos direcionados ao cuidado transicional após o AVC (BREWER; WILLIAMS, 2010; FISHER et al., 2011; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006). O foco das intervenções conduzidas na perspectiva do ESD reside no processo de transferência do contexto de internação (hospitalar e/ou para reabilitação) para o ambiente domiciliar (BREWER; WILLIAMS, 2010; FISHER et al., 2011; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007).

Desse modo, pode-se classificá-lo como um modelo de intervenção mista, cujo objetivo é iniciar precocemente as intervenções de reabilitação e adotar medidas para que sejam mantidas durante todo o processo de recuperação do paciente (BREWER; WILLIAMS, 2010; FISHER et al., 2011; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007).

Uma das estratégias mais importantes desse modelo, que contribuiu para o planejamento das intervenções de reabilitação e melhorou o preparo do paciente e cuidador para o retorno ao domicílio, foi a *Weekend Pass* (WP). Essa estratégia permite que, no processo de preparo para alta hospitalar, o paciente passe o fim de semana em casa, com o objetivo de avaliar precocemente eventual necessidade de adaptações no ambiente domiciliar, bem como a capacidade e habilidade do cuidador familiar para o fornecimento de cuidado (CAMERON et al., 2014; GRASEL et al., 2006).

Os resultados dos estudos que exploraram os benefícios desse tipo de intervenção indicam que a estratégia WP contribuiu para o melhor preparo do cuidador e aumentou o acompanhamento dos serviços após a alta. Acresce-se a efetiva oportunidade que ele oferece para promover as adaptações necessárias na residência, em termos de acessibilidade e do preparo dos cuidadores para o manejo das atividades cotidianas de modo seguro e em prol da independência funcional do paciente (CAMERON et al., 2014; GRASEL et al., 2006).

A experiência vivenciada por pacientes e cuidadores familiares por meio do WP, após o AVC, demonstrou o valor terapêutico desta estratégia e contribuiu para a recuperação do paciente, bem como gerou nos cuidadores uma percepção de segurança, sobretudo no que se refere às dificuldades para lidar com a mobilidade física prejudicada no contexto domiciliar e com apoio informacional e emocional durante o processo de transição (CAMERON et al., 2014). Tal iniciativa também proporcionou aos pacientes e cuidadores familiares um ambiente encorajador e seguro, no qual, durante o período de monitoramento da transferência do cuidado, são supervisionados por uma equipe multidisciplinar que participa do cuidado desde a etapa de preparo e planejamento da alta (CHOULIARA et al., 2013; FISHER et al., 2016; GUSTAFSSON et al., 2014; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007; TAULE et al., 2015).

Alguns estudos apontaram que a intervenção de ESD é a mais adequada para a melhoria do funcionamento físico e social e, também, o melhor modelo de

reabilitação para sobreviventes de AVC (TAULE et al., 2015), pois favorece o empoderamento do paciente e dos cuidadores familiares (CHOULIARA et al., 2013; FISHER et al., 2016; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007; TAULE et al., 2015). Tal intervenção apresenta ainda os benefícios de acelerar o processo de alta e proporcionar melhor independência funcional dos pacientes, assim como favorecer o componente mental e de qualidade de vida relacionada à saúde (FJAERTOFT; ROHWEDER; INDREDAVIK, 2011; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007).

Pesquisadores portugueses verificaram que o ESD é uma intervenção passível de ser implementada em realidades complexas (SANTANA et al., 2016). Já pesquisadores ingleses apontaram a riqueza das recomendações contidas neste modelo e nas orientações para o manejo da alta precoce, embora tenham assinalado dificuldades para acesso a esse tipo de intervenção, em virtude da necessidade de infraestrutura específica nos serviços para adoção do protocolo no Reino Unido e em outros países que têm testado a intervenção (FISHER et al., 2016).

Outros estudos que avaliaram o impacto das intervenções de *Early Support Discharge* destacaram resultados benéficos, sobretudo em termos de redução do tempo de internação hospitalar, das taxas de reinternações e da taxa de mortalidade (COLLINS, et al., 2016; FJAERTOFT; ROHWEDER; INDREDAVIK, 2011; FISHER et al., 2016; GUSTAFSSON et al., 2014; LARSEN; OLSEN; SORENSEN, 2006; LANGHORNE; HOLMQVIST, 2007; LANGSTAFF et al., 2014).

De modo geral, verificou-se que, apesar das diferenças organizacionais dos sistemas de saúde nos quais foram colocados em prática os modelos e as intervenções, há similaridades relacionadas a demandas de cuidados para o enfrentamento do AVC, déficits para a continuidade do processo de reabilitação após a alta hospitalar e fragilidades das equipes interdisciplinares para o planejamento integrado de alta (CHOULIARA et al., 2013; COBLEY et al., 2013; CAMERON et al., 2014; GRASEL et al., 2006; FJAERTOFT; ROHWEDER; INDREDAVIK, 2011; FISHER et al., 2016; LANGSTAFF et al., 2014; SHYU et al., 2010; SANTANA et al., 2016; TAULE et al., 2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse *scoping review* foi possível mapear a literatura científica e descrever modelos e intervenções de cuidado transicional adotados para casos de AVC, com base nos princípios e componentes essenciais que favorecem a elaboração de políticas de saúde e práticas clínicas.

Um total de seis modelos e vinte e três intervenções de cuidado transicional específicas para o AVC foram identificadas. Em síntese, a análise dos resultados deste *scoping review* mostrou quais princípios e elementos essenciais têm sido implementados para o cuidado transicional após o AVC e evidenciou algumas lacunas que necessitam ser exploradas em estudos futuros, em especial melhorias necessárias para a efetiva comunicação, disponibilidade, prontidão, clareza e organização das informações, bem como no sentido de aumentar a segurança no uso dos medicamentos.

Apesar do escopo de análise estar limitado aos últimos 10 anos, a amplitude da estratégia de busca sistematizada conduzida segundo as recomendações internacionais possibilitou extrair e mapear as evidências mais recentes. Isso possibilitou compreender como têm sido delineados os modelos e as intervenções e, sobretudo, evidenciou quais têm sido os componentes essenciais mais utilizados para a população em estudo.

A temática foi abordada de forma consistente e incluiu-se a importância da aplicação dos modelos e das intervenções identificados para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, reduzir as incapacidades impostas pela enfermidade e possibilitar que o paciente e o cuidador familiar reintegrem-se novamente à comunidade, preservando a autonomia e o autogerenciamento do cuidado. Implementá-los mostrou-se eficaz também para redução da média de permanência e das taxas de reinternações, além de terem proporcionado melhorias no nível de independência funcional dos pacientes, bem como na capacidade de enfrentamento dos cuidadores familiares.

Entre as estratégias necessárias a um efetivo cuidado transicional incluem-se a colaboração interprofissional e a comunicação interdisciplinar, a qual requer o diálogo não apenas entre os profissionais de saúde, mas também com a família, enquanto membro integrante e fundamental dessa equipe no processo de recuperação, reabilitação e reintegração comunitária.

É evidente não ser possível escolher um modelo específico e aplicá-lo integralmente, sobretudo em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, pois isso exigiria uma reestruturação de recursos materiais e humanos, o que não é passível de ser feito de forma imediata. Porém, é possível implementar, de forma imediata, intervenções locais identificadas nesses modelos, as quais, no entanto não dependem somente da reestruturação dos sistemas de saúde e da obtenção de recursos financeiros, mas requerem o efetivo comprometimento de todos envolvidos neste cuidado e exigem pequenas ações de profissionais de saúde.

Cada sistema de saúde apresenta especificidades em termos de sua organização para garantir o acesso e a continuidade em cada nível de cuidado, de modo que são responsáveis por elaborar e implementar protocolos condizentes com sua capacidade, sempre em busca de avanços que assegurem a eficácia do cuidado transicional.

Apesar do estudo ter sido implementado com foco nos pacientes que sofreram AVC, observa-se que esses modelos podem ser aplicados a populações ou pessoas que enfrentam multimorbidades crônicas e que requerem cuidados complexos em todo o *continuum* da assistência. Identificou-se que essas recomendações se constituem protocolos que utilizam componentes pré e pós-alta direcionados a garantir, em especial, a comunicação eficaz nos diferentes níveis de atenção à saúde e promover o engajamento do paciente e do cuidador familiar no decorrer de todo o processo de transição.

Verificou-se, como limitação das intervenções, o fato de estarem muito focadas na atenção no contexto hospitalar e atribuírem pouca ênfase à comunicação interprofissional e na atenção primária o que promove uma desintegração entre o serviço de referência e contra referência dentro dos sistemas de saúde.

Assim para que as ações de cuidado transicional sejam implementadas de forma adequada e com qualidade é importante que essas intervenções sejam agregadas na atenção primária ou seja a nível ambulatorial, atenção secundária no atendimentos de especialidades e na atenção terciária que constitui o atendimento hospitalar. Desse modo, a comunicação interprofissional precisa funcionar como um elo entre esses diferentes níveis de atenção à saúde para que continuidade do cuidado seja realizada de forma eficaz.

Poucos estudos foram direcionados à segurança durante a administração de medicamentos no período de transição, o que pode direcionar o desenvolvimento de

pesquisas futuras. Outro aspecto que merece ser abordado é a inclusão da temática na matriz curricular dos cursos formadores na área da saúde, para o estabelecimento de metas relativas ao desenvolvimento de habilidades para o cuidado transicional e elaboração de pesquisas e protocolos para implementação da temática de acordo com que é possível ser feito a curto prazo, com base na situação em que se encontra a atenção à saúde local.

Os estudos identificados apresentaram resultados favoráveis após a implementação das intervenções de cuidado transicional e demonstraram ser esta uma área temática na qual deverão ser empreendidos esforços no sentido de subsidiar recursos para a melhoria da qualidade da gestão de transição do cuidado. Recomenda-se a necessidade de estudos futuros e projetos que investiguem, de modo especial, a incorporação dessas intervenções nos diferentes sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, J. et al. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 1, p. 346, 2014.
- ALLEN, K. et al. A randomized trial testing the superiority of a postdischarge care management model for stroke survivors. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 18, n. 6, p. 443-452, 2009.
- ALMEIDA, S. R. M. Análise epidemiológica do acidente vascular cerebral no Brasil. **Revista Neurociências**, v. 20, n. 4, p. 481- 482, 2012.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 8, n. 1, p. 19–32, 2005.
- BAKAS, T. et al. Stroke caregiver outcomes from the Telephone Assessment and Skill-Building Kit (TASK). **Topics in Stroke Rehabilitation**, v. 16, n. 2, p. 105-121, 2009.
- BATTERSBY, M. et al. 'Getting your life back on track after stroke': a Phase II multi-centered, single-blind, randomized, controlled trial of the Stroke Self-Management Program vs. the Stanford Chronic Condition Self-Management Program or standard care in stroke survivors. **International journal of stroke**, v. 4, n. 2, p. 137-144, 2009.
- BETTGER, J. P. et al. Transitional Care After Hospitalization for Acute Stroke or Myocardial Infarction A Systematic Review. **Annals of Internal Medicine**, v. 157, n. 6, p. 407-U61, 2012.
- BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 115-121, 2004.
- BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 729–738, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral**. Brasília: 2013. p.74.
- BREWER, L.; WILLIAMS, D. A review of early supported discharge after stroke. **Reviews in Clinical Gerontology**, v. 20, n. 4, p. 327-337, 2010.
- BUNTIN, Melinda Beeuwkes et al. Medicare spending and outcomes after post-acute care for stroke and hip fracture. **Medical care**, v. 48, n. 9, p. 776, 2010.
- BURKE, Robert E. et al. Identifying keys to success in reducing readmissions using the ideal transitions in care framework. **BMC health services research**, v. 14, n. 1, p. 423, 2014.

BURKE, Robert E. et al. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of hospital medicine**, v. 8, n. 2, p. 102-109, 2013.

CAMERON, J. I. et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update 2016. **International Journal of Stroke**, v. 11, n. 7, p. 807-822, 2016.

CAMERON, J. I. et al. Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum: a qualitative study using the timing it right framework. **Disability and rehabilitation**, v. 35, n. 4, p. 315-324, 2013.

CAMERON, J. I. et al. Stroke survivors', caregivers', and health care professionals' perspectives on the weekend pas to facilitate transition home. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 46, n. 9, p. 858-863, 2014.

CAMERON, J. I.; GIGNAC, M. A. "Timing It Right": A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. **Patient education and counseling**, v. 70, n. 3, p. 305-314, 2008.

CESAR, A. M.; SANTOS, B. R. L. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 647-652, 2005.

CHEUNG, D. et al. Community re-engagement and interprofessional education: The impact on health care providers and persons living with stroke. **Topics in stroke rehabilitation**, v. 19, n. 1, p. 63-74, 2012.

CHOULIARA, N. et al. Implementing evidence-based stroke Early Supported Discharge services: a qualitative study of challenges, facilitators and impact. **Clinical rehabilitation**, v. 28, n. 4, p. 370-377, 2013.

CIBULSKIS, C. C.; GIARDINO, A. P.; MOYER, V. A. Care transitions from inpatient to outpatient settings: ongoing challenges and emerging best practices. **Hospital Practice**, v. 39, n. 3, p. 128-139, 2011.

CIPRIANO, P. The imperative for patient, family, and population-centered interprofessional approaches to care coordination and transitional care: A policy brief by the American Academy of Nursing's Care Coordination Task Force. **Nursing Outlook**, v. 60, n. 5, p. 330-333, 2012.

COBLEY, C. S. et al. A qualitative study exploring patients' and carers' experiences of Early Supported Discharge services after stroke. **Clinical rehabilitation**, v. 27, n. 8, p. 750-7, Aug 2013.

COHEN, J. W.; COHEN, S. B.; BANTHIN, J. S. The medical expenditure panel survey: a national information resource to support healthcare cost research and

inform policy and practice. **Medical care**, v. 47, n. 7, p. S44-S50, 2009. Suplemento 1.

COLEMAN, E. A. et al. The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 17, p. 1822-1828, 2006.

COLEMAN, E. A. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 51, n. 4, p. 549-555, 2003.

COLEMAN, E. A.; BERENSON, R. A. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. **Annals of internal medicine**, v. 141, n. 7, p. 533-536, 2004.

COLEMAN, E. A.; MAHONEY, E.; PARRY, C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the care transitions measure. **Medical care**, v.43, n.3, p. 246-255, 2005.

COLLINS, G. et al. An exploration of the experience of early supported discharge from the perspective of stroke survivors. **International Journal of Therapy & Rehabilitation**, v. 23, n. 5, p. 207-214, 2016.

DAVIS, K.; DREY, N.; GOULD, D. What are scoping studies? A review of the nursing literature. **International Journal of Nursing Studies**, v. 46, n. 10, p. 1386–1400, out. 2009.

FELDMAN, P. H. et al. Center for stroke disparities solutions community- based care transition interventions: Study protocol of a randomized controlled trial. **Trials**, v. 16, p. 32, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s13063-015-0550-3>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

FISHER, R. J. et al. A consensus on stroke early supported discharge. **Stroke**, v. 42, n. 5, p. 1392-1397, 2011.

FISHER, R. J. et al. Is Stroke Early Supported Discharge still effective in practice? A prospective comparative study. **Clinical Rehabilitation**, v. 30, n. 3, p. 268-276 9p, 2016.

FJAERTOFT, H.; ROHWEDER, G.; INDREDAVIK, B. Stroke unit care combined with early supported discharge improves 5-year outcome: a randomized controlled trial. **Stroke**, v. 42, n. 6, p. 1707-11, 2011.

FONAROW, G. C. et al. Hospital-level variation in mortality and rehospitalization for medicare beneficiaries with acute ischemic stroke. **Stroke**, v. 42, n. 1, p. 159–166, 2011.

GAZIANO J; PETERSON ED. 2011 theme issue on cardiovascular disease: Call for papers. **JAMA**, v. 305, n. 10, p. 1035–1035, 9 mar. 2011.

GODIN, et al. Applying systematic review search methods to the grey literature: a case study examining guidelines for school-based breakfast programs in Canada. **Systematic reviews**, v. 4, n. 1, p. 138, 2015.

GORLITZ, R. A.; RASHID, A.; WEINHARDT, C. Stroke manager service for improved post-acute continuity of care. **Health Policy and Technology**, v. 1, n. 3, p. 145-154, September 2012.

GRASEL, E. et al. Long-term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients. **Clinical Rehabilitation**, v. 20, n. 7, p. 577-83, 2006.

GREENHALGH, T.; PEACOCK, R. Effectiveness and Efficiency of Search Methods in Systematic Reviews of Complex Evidence: Audit of Primary Sources. **BMJ**, v. 331, n. 7524, p. 1064–1065, 3 nov. 2005.

GUSTAFSSON, Louise A. et al. The impact of STRENGTH on the expected and actual transition to home experience. **Disability and rehabilitation**, v. 36, n. 26, p. 2244-2251, 2014.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ: British Medical Journal**, v. 327, n. 7425, p. 1219, 2003.

HANSEN, L. O. et al. Project BOOST: Effectiveness of a multihospital effort to reduce rehospitalization. **Journal of Hospital Medicine**, v. 8, n. 8, p. 421-427, 2013.

HEALTH QUALITY ONTARIO. **Adopting a common approach to transitional care planning**: helping health links improve transitions and coordination of care. Ontario: Health Quality Ontario, 2014.

HEALTH QUALITY ONTARIO. **Best path**: transitions of care improvement practice. Ontario: Health Quality Ontario, 2012.

Health Quality Ontario. In-Home Care for Optimizing Chronic Disease Management in the Community: An Evidence-Based Analysis. **Ontario Health Technology Assessment Series**, v. 13, n. 5, p. 1-65, 2013.

HOHMANN, C. et al. Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 39, n. 3, p. 286-291, June 2014.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Primary Care**: America's Health in a New Era. Washington, DC: The National Academies Press, 1996.

JACK, B. et al. A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization: A Randomized Trial. **Annals of Internal Medicine**, v. 150, n. 3, p. 178-187, 2009.

- JACK, B. W. et al. **An overview of the Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit.** (Prepared by Boston University under Contract No. HHS A290200600012i.) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013.
- KENDALL, E. et al. Recovery following stroke: the role of self-management education. **Social science & medicine**, v. 64, n. 3, p. 735-746, 2007.
- KIM, S. et al. The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea. **International nursing review**, v. 59, n. 3, p. 369-375, 2012.
- KIND, A. J. et al. Bouncing back: patterns and predictors of complicated transitions 30 days after hospitalization for acute ischemic stroke. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, n. 3, p. 365–373, 2007.
- LANGHORNE, P.; HOLMQVIST, L. W. Early supported discharge after stroke. **Journal Rehabil Med**, v. 39, n. 2, p. 103-8, Mar 2007.
- LANGSTAFF, C. et al. Enhancing community-based rehabilitation for stroke survivors: creating a discharge link. **Top stroke rehabilitation**, v. 21, n. 6, p. 510-9, Nov-Dec 2014.
- LARSEN, T.; OLSEN, T. S.; SORENSEN, J. Early home-supported discharge of stroke patients: a health technology assessment. **International journal of technology assessment in health care**, v. 22, n. 3, p. 313-320, 2006.
- LAVINSKY, A. E.; VIEIRA, T. T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. **ActaScientiarum. Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 41–5, 2004.
- LEVAC, D. et al. Scoping studies: advancing the methodology. **Implementation Science**, v. 5, n. 1, p. 1-9, 2010.
- LICHTMAN, J. H. et al. Predictors of hospital readmission after stroke. **Stroke**, v. 41, n. 11, p. 2525-2533, 2010.
- LICHTMAN, J. H. et al. Preventable readmissions within 30 days of ischemic stroke among Medicare beneficiaries. **Stroke**, v. 44, n. 12, p. 3429-3435, 2013.
- LINDSAY, P. et al. World Stroke Organization global stroke services guidelines and action plan. **International Journal of Stroke**, v. 9, n. A100, p. 4-13, 2014.
- LUTZ, B. J. et al. Testing a home-telehealth programme for US veterans recovering from stroke and their family caregivers. **Disability and Rehabilitation**, v. 31, n. 5, p. 402-409, 2009.
- LUTZ, B. J.; CHUMBLER, N. R.; ROLAND, K. Care coordination/home-telehealth for veterans with stroke and their caregivers: Addressing an unmet need. **Topics in Stroke Rehabilitation**, v. 14, n. 2, p. 32-42, 2007.

MAHOOD, Q.; VAN EERD, D.; IRVIN, E. Searching for grey literature for systematic reviews: challenges and benefits. **Research synthesis methods**, v. 5, n. 3, p. 221-234, 2014.

MCDONALD, K. M. et al. Care Coordination Measures Atlas Update June 2014. US Department of Health & Human Services. **Agency for Healthcare Research and Quality, Washington DC**, 2014.

MILLER, M. E.; SENATE, U. S. **Report to the Congress: Reforming the delivery system**. Washington, DC: Medicare Payment Advisory Commission, v. 2014, 2008.

NAHAB, F. et al. Avoidable 30-day readmissions among patients with stroke and other cerebrovascular disease. **The Neurohospitalist**, v. 2, n. 1, p. 7–11, 2012.

NATIONAL TRANSITIONS OF CARE COALITION. **Care transition bundle seven essential intervention categories**. Washington, DC: National Transitions of Care Coalition.

NATIONAL TRANSITIONS OF CARE COALITION. **Improving Transitions of Care**. Washington, DC: National Transitions of Care Coalition, 2010.

NAYLOR, M. D. et al. High-value transitional care: translation of research into practice. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 19, n. 5, p. 727-733, 2013.

NAYLOR, M. D. et al. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 5, p. 675-684, 2004.

NAYLOR, M. D. et al. Translating research into practice: transitional care for older adults. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 15, n. 6, p. 1164-1170, 2009.

NAYLOR, M. D. Transitional care: a critical dimension of the home healthcare quality agenda. **Journal for Healthcare Quality**, v. 28, n. 1, p. 48-54, 2006.

NELSON, J. M., PULLEY, AMY L. Transitional care can reduce hospital readmissions. **American Nurse Today**, v. 10, n. 4, 2015.

OSTWALD, S. K. et al. Evidence-based educational guidelines for stroke survivors after discharge home. **Journal Neuroscience Nursing**, v. 40, n. 3, p. 173-9, 191, Jun 2008.

PARRISH, M. M. et al. Implementation of the care transitions intervention: sustainability and lessons learned. **Professional case management**, v. 14, n. 6, p. 282-293, 2009.

PIERCE, L. L. et al. The effect of a Web-based stroke intervention on carers' well-being and survivors' use of healthcare services. **Disability and rehabilitation**, v. 31, n. 20, p. 1676-1684, 2009.

POSTON, K. M.; DUMAS, B. P.; EDLUND, B. J. Outcomes of a quality improvement project implementing stroke discharge advocacy to reduce 30-day readmission rates. **Journal of nursing care quality**, v. 29, n. 3, p. 237-244, 2014.

PUHR, M. I.; THOMPSON, H. J. The Use of Transitional Care Models in Patients With Stroke. **The Journal of neuroscience nursing**, v. 47, n. 4, p. 223-234, 2015.

REID, R. J.; MCKENDRY, R.; HAGGERTY, J. **Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Health Care**. Final Report. OTTAWA: Canadian Health Services Research Foundation, 2002.

RENNKE, S.; RANJI, S. R. Transitional Care Strategies from Hospital to Home: A Review for the Neurohospitalist. **The Neurohospitalist**, v. 5, n. 1, p. 35-42, 2015.

ROLIM, C. L. R. C.; MARTINS, M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2106-2116, 2011.

SANTANA, S. et al. Early home-supported discharge for patients with stroke in Portugal: A randomised controlled trial. **Clinical Rehabilitation**, v. 31, n. 2, p. 197-206, 2017.

SHYU, Y.-I. L. et al. A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, n. 11-12, p. 1675-1685, 2010.

SHYU, Y.-I. L. et al. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, n. 18, p. 2497-2508, 2008.

SNOW, V. et al. Transitions of care consensus policy statement: American college of physicians, society of general internal medicine, society of hospital medicine, american geriatrics society, american college of emergency physicians, and society for academic emergency medicine. **Journal of Hospital Medicine**, v. 4, n. 6, p. 364-370, 2009.

STROKE STRATEGY SOUTHWESTERN ONTARIO. **Pathways for people with stroke to live fully in the community**. Ontario, Canadá, 2008.

TAULE, T. et al. Ability in daily activities after early supported discharge models of stroke rehabilitation. **Scandinavian journal of occupational therapy**, v. 22, n. 5, p. 355-65, 2015.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015**. Methodology for JBI Scoping Reviews. Adelaide: Joanna Briggs Institute, 2015.

THE JOINT COMMISSION; JOINT COMMISSION CENTER FOR TRANSFORMING HEALTHCARE. Transitions of care: the need for a more effective approach to continuing patient care. **Hot topics in health care**, 2012.

THE JOINT COMMISSION; JOINT COMMISSION CENTER FOR TRANSFORMING HEALTHCARE. Transitions of care: the need for collaboration across entire care continuum. **Hot topics in health care**, n. 2, 2015.

THORSÉN, A.Mari; HOLMQVIST, LottaWidén; VON KOCH, Lena. Early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: 5-year follow-up of resource use. **Journal of stroke and cerebrovascular diseases**, v. 15, n. 4, p. 139-143, 2006.

VISWANATHAN, Meera et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. **Annals of internal medicine**, v. 157, n. 11, p. 785-795, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014.

APENDICES

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DOS DADOS QUALITATIVOS

Nome do avaliador: _____

Data: _____

Referência do artigo: _____

Variáveis	Síntese da extração
1. Informações gerais sobre a publicação	
1.1 Autor	
1.2 Instituição de vínculo do(s) autor (es)	
1.3 Título do estudo	
1.4 Título do Periódico	
1.5 Ano da publicação	
1.6 Origem / país de origem	
1.7 Descritores(d) palavras chave(p)	
1.8 Fator de impacto	
2. Detalhamento do estudo	
2.1 Metodologia	
2.2 Método	
2.3 Fenômenosde interesse	
2.4 Cenário	
2.5 Geografia	
2.6 Cultura	
2.7 Participantes	
2.8 Análise dos dados	
2.9 Conclusão dos autores	
3.0 Comentários	
3. Comentários sobre as principais conclusões dos autores	
4. Completo	Sim ()
	Não ()

APÊNDICE B

FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DOS DADOS QUANTITATIVOS

Nome do avaliador: _____

Data: _____

Referência do artigo: _____

Revisor:		Data:	
Autor:		Ano:	
Jornal:		Número do registro:	
Método do estudo			
Randomizadocontrolado ()	Quaserandomizado ()	Longitudinal ()	
Retrospectivo ()	Observacional ()	Outros ()	
Participantes			
Cenário:			
População:			
Dimensão da Amostra			
Grupo A:			
Grupo B:			
Intervenções			
Intervenção A			
Intervenção B			
Conclusões dos Autores			

ANEXOS

ANEXO A – Autorização para tradução e uso da figura 1 do estudo *the Key components of an ideal transition in care published in the paper Moving Beyond Readmission Penalties* (BURKE et al., 2013).

De: "Jeff Bauer" <jbauer@frontlinemedcom.com>
Enviada: 2017/02/06 12:50:28
Para: vscvila@uol.com.br
Cc: Robert.Burke5@va.gov
Assunto: Re: Permission to use figure related to paper - Moving Beyond Readmission

Dear Dr. Vila

I am Jeff Bauer, editor of Frontline Medical Communications, the publisher of Journal of Hospital Medicine.

We grant you permission to use the Figure you mention below in the manner you describe. There is no fee associated with your use of this Figure.

Thank you,
Jeff

Jeff Bauer
Editor
Frontline Medical Communications
7 Century Drive, Suite 302
Parsippany, NJ 07054
Voice: [973-206-2321](tel:973-206-2321)
Fax: [973-206-9251](tel:973-206-9251)

From: vscvila@uol.com.br [<mailto:vscvila@uol.com.br>]
Sent: Sunday, February 05, 2017 5:41 PM
To: Burke, Robert (ECH)\
Cc: liviachadomendonca@gmail.com
Subject: [EXTERNAL] ENC: Permission to use figure related to paper - Moving Beyond Readmission

ANEXO B –Autorização para tradução e uso da figura 3.Caminhos para que as pessoas com AVC vivam plenamente na comunidade: (GILMORE et al. 2008)

De: "Paula Gilmore" <Paula.Gilmore@lhsc.on.ca >

Enviada: 2016/11/24 02:24:31

Para: vscvila@uol.com.br

Assunto: permisson de usar figura relacionada com os Caminhos para pessoas com curso de viver plenamente na comunidade

Olá Vanessa,

Obrigado pelo seu e-mail e pelo seu interesse neste trabalho. Temos o prazer de conceder permissão para você usar e traduzir a figura relacionada com os *caminhos para Pessoas com curso de viver plenamente na Comunidade*. O nosso pedido é que você garantir que você publicar com a devida citação e crédito para o curso de Rede Southwestern Ontario. Também estamos esperando que você vai compartilhar a pesquisa que você está fazendo quando publicado.

Além disso, a figura foi criada para representar os *caminhos para Pessoas com curso de viver plenamente no relatório comunitário*.

Anexei o relatório completo de seu interesse.

Por favor, deixe-me saber se você tem um perguntas.

Atenciosamente,

Paula

Paula Gilmore, MSc, BScOT, OT Reg. (Ont.)

Diretor regional

Southwestern Ontario Rede AVC

[519-381-5705](tel:519-381-5705) (celular)

paula.gilmore@lhsc.on.ca

Centro de Ciências da Saúde de Londres

University Hospital-ALL-139

339 Windermere Estrada

Londres, EM

N6A 5A5

De: vscvila@uol.com.br [[mailto: vscvila@uol.com.br](mailto:vscvila@uol.com.br)]

Enviados: terça-feira novembro 22,2016 18:48

Para: Paula Gilmore

Assunto: permisson de usar figura relacionada com os Caminhos para pessoas com curso de viver plenamente na comunidade

ANEXO C –Componentes das ações do modelo Redesenhando a alta (Re Engineered Discharge - RED), JACK et al., 2009.

De: "Jack, Brian" <Brian.Jack@bmc.org>

Enviada: 2017/02/05 17:23:26

Para: vscvila@uol.com.br

Cc: richard.bootes@telehealth.com, gary.kolbeck@telehealth.com

Assunto: Permisson to use figure related to paper

Dear Vanessa,

Thank you for your email. Yes, you are certainly allowed to use the RED checklist for your projects in Brazil and to translate the material. Our entire toolkit that describes the RED process is describe in the AHRQ website and our RED website in the links below. I an cc'ing this email to Richard Bootes and Gary Kolbeck if you hospital is interested in a very innovative way for you to implement RED using information technology or if you would like one of us to provide a one day training session on RED implementation.

<https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/red/toolkit/index.html>

<http://www.bu.edu/fammed/projectred/>

Sincerely,

Brian Jack

Boston University