

Transição do cuidado à pessoa com acidente vascular cerebral: revisão integrativa

Transition of care for stroke patients: an integrative review

Como citar este artigo:

Magagnin AB, Heidemann ITSB, Brum CN. Transition of care for stroke patients: an integrative review. Rev Rene. 2022;23:e80560. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222380560>

 Adriana Bitencourt Magagnin¹
 Ivonete Teresinha Schuler Buss Heidemann¹
 Crhis Netto de Brum²

¹Universidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis, SC, Brasil.

²Universidade Federal da Fronteira Sul.
Chapecó, SC, Brasil.

Autor correspondente:

Adriana Bitencourt Magagnin
Rua Delfino Conti, S/N, Trindade
CEP: 88040-370. Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: adrianamagagnin@gmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negreiros

RESUMO

Objetivo: analisar, com base nas evidências científicas, como ocorre a transição do cuidado das pessoas com acidente vascular cerebral pós-alta hospitalar. **Métodos:** revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados *Scopus*, *Web of Science*, *Pubmed/MEDLINE*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*, *Base de Dados de Enfermagem e The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*. Totalizaram-se 21 artigos na amostragem final que, posteriormente, foram analisados de maneira descritiva. **Resultados:** os fatores relacionados à transição adequada do cuidado incluíram: barreiras organizacionais dos serviços de saúde envolvidos na transição do cuidado, a importância das informações em saúde e a coordenação adequada do cuidado. **Conclusão:** os estudos expressam limites vivenciados por pessoas, familiares e profissionais da saúde em sistemas que são fragmentados e afastam a possibilidade do cuidado integral nos momentos de transição. **Contribuições para a prática:** o estudo revela a necessária articulação dos que prestam assistência à saúde para pessoas com este agravo e seus familiares, a fim de reconhecer pontos a serem aprimorados em suas práticas de saúde e minimizar complicações decorrentes de falhas nas transições de cuidado.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral; Continuidade da Assistência ao Paciente; Cuidado Transicional; Alta do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to analyze, based on scientific evidence, how the transition of care for people with stroke occurs after hospital discharge. **Methods:** integrative literature review, conducted in the databases *Scopus*, *Web of Science*, *Pubmed/MEDLINE*, *Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences*, *Nursing Database* and *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*. A total of 21 articles were included in the final sample, which were then descriptively analyzed. **Results:** factors related to the adequate transition of care included: organizational barriers of the health services involved in the transition of care, the importance of health information, and the adequate coordination of care. **Conclusion:** the studies express limits experienced by individuals, family members and health professionals in systems that are fragmented and rule out the possibility of integral care in times of transition. **Contributions to practice:** the study reveals the necessary articulation of those who provide health care to people with this grievance and their families, to recognize points to be improved in their health practices and minimize complications arising from failures in care transitions.

Descriptors: Stroke; Continuity of Patient Care; Transitional Care; Patient Discharge.

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) se caracteriza como uma lesão cerebral devastadora, que culmina em mortalidade elevada e acarreta perda de funções, muitas vezes, levando à incapacidade⁽¹⁾, desafios sociais e financeiros para a pessoa, familiares e sociedade. É considerado um problema de saúde pública, pois atualmente as doenças cerebrovasculares estão no topo das condições que mais acometem vítimas com óbitos em todo o mundo, ficando atrás apenas dos agravos cardiovasculares⁽²⁻³⁾. Estes dados implicam cerca de 6,5 milhões de mortes anualmente, além de um custo global estimado de US\$ 891 bilhões (1,12% do produto interno bruto global)⁽³⁾.

No contexto do AVC, os cuidados englobam diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde, motivo pelo qual se torna necessária a continuidade do cuidado para garantia da integralidade. No ambiente hospitalar há um enfoque para terapias imediatas em determinadas situações do AVC, incluindo, também a identificação etiológica, início da reabilitação e preparo para a alta. Posteriormente, os cuidados prolongam-se no domicílio, requerendo atuação da família e o apoio das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS)⁽⁴⁾.

Transições que ocorrem de modo não coordenado e repentinas podem acarretar diversos entraves para a continuidade do cuidado, incluindo escassez de informações sobre a doença, medo e insegurança da família em prestar os cuidados no domicílio, reinternações e dificuldades em identificar pontos de apoio dentro do sistema de saúde⁽⁴⁻⁵⁾. Há poucas pesquisas que examinam modelos longitudinais de cuidados com o AVC⁽⁶⁾, e não foram encontradas na literatura revisões que abordem a transição de cuidado de pessoas com essa lesão, após a alta hospitalar. Apesar de ser evidente que a integração dos serviços de saúde é essencial para coordenação do cuidado, usualmente não há conexão entre esses pontos acessados pelas pessoas e profissionais que, por fim, atuam de modo independente, ocasionando perda de informações e

quebra do *continuum* de cuidado⁽⁶⁾.

Ao identificar como ocorre a transição de cuidado de pessoas com AVC e seus processos envolvidos, o estudo contribuirá, com a inovação do cuidado, para possibilitar a identificação de fragilidades que, por vezes, limitam a integralidade em saúde dessas pessoas, que podem ser negligenciadas em algum ponto da rede de atenção à saúde. Além disso, permite encontrar na literatura potencialidades relacionadas à transição, que podem ser replicadas pelos serviços. Buscando preencher essas lacunas, o objetivo deste estudo foi analisar, com base nas evidências científicas, como ocorre a transição do cuidado das pessoas com acidente vascular cerebral pós-alta hospitalar.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura por meio das seguintes etapas: identificação do problema de estudo, levantamento da literatura, avaliação crítica dos estudos e análise dos dados⁽⁷⁾. A pergunta de pesquisa foi estruturada conforme é estabelecido no acrônimo PICO⁽⁸⁾: P=população (pessoas com AVC); I=fenômeno de interesse (transição do cuidado) e Co=contexto (após alta hospitalar). Assim, tem-se: Como ocorre a transição do cuidado das pessoas com acidente vascular cerebral pós-alta hospitalar?

Atendendo à segunda etapa, foram considerados elegíveis artigos de pesquisa original com texto completo, disponíveis em inglês, espanhol ou português, compreendendo a representatividade destes idiomas nas pesquisas bibliográficas e abrangendo o cenário nacional, latino-americano e internacional. Ademais, buscaram-se artigos publicados no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2021. O recorte temporal teve como base os avanços ocorridos na última década, referentes aos cuidados da pessoa com AVC. Os critérios de exclusão consistiram em estudos sobre transições de cuidados relacionados a outros agravos e artigos identificados como de reflexão/teórico, editorial ou carta-resposta, comentários, teses

e dissertações. As bases de dados utilizadas foram: SCOPUS, *Web of Science*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via Pubmed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e *Cumulative Index to Nursing and Allied*

Health Literature (CINAHL). As expressões de busca foram combinadas por meio dos conectores booleanos AND e OR, utilizando os descritores de acordo com o *Medical Subject Heading* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A sintaxe das buscas está descrita na Figura 1.

Bases de dados	Estratégias de busca utilizadas
MEDLINE	((("Stroke"[Mesh] OR "stroke"[Title/Abstract] OR "strokes"[Title/Abstract] OR "Cerebrovascular Accident"[Title/Abstract] OR "Cerebrovascular Accidents"[Title/Abstract] OR "CVA"[Title/Abstract] OR "Apoplexy"[Title/Abstract] OR "apoplexies"[Title/Abstract] OR "Brain Vascular Accident"[Title/Abstract] OR "Brain Vascular Accidents"[Title/Abstract]) AND (((("Continuity of Patient Care"[Mesh] OR "Continuity of Patient Care"[Title/Abstract] OR "Patient Care Continuity"[Title/Abstract] OR "Continuum of Care"[Title/Abstract] OR "Care Continuum"[Title/Abstract] OR "Continuity of Care"[Title/Abstract] OR "Care Continuity"[Title/Abstract]) OR ("Transitional Care"[Mesh] OR "Transitional Care"[Title/Abstract] OR "Transition Care"[Title/Abstract]))) AND ("Patient Discharge"[Mesh] OR "Patient Discharge"[Title/Abstract] OR "Patient Discharges"[Title/Abstract] OR "Discharge Planning"[Title/Abstract])))).
Web of Science	TS=("stroke" OR "strokes" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "CVA" OR "Apoplexy" OR "apoplexies" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents") AND TS=("Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Transitional Care" OR "Transition Care" AND "Patient Discharge" OR "Patient Discharges" OR "Discharge Planning").
CINAHL	"stroke" OR "strokes" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "CVA" OR "Apoplexy" OR "apoplexies" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" AND "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Transitional Care" OR "Transition Care" AND "Patient Discharge" OR "Patient Discharges" OR "Discharge Planning".
SCOPUS	((("Stroke"[Mesh] OR "stroke"[Title/Abstract] OR "strokes"[Title/Abstract] OR "Cerebrovascular Accident"[Title/Abstract] OR "Cerebrovascular Accidents"[Title/Abstract] OR "CVA"[Title/Abstract] OR "Apoplexy"[Title/Abstract] OR "apoplexies"[Title/Abstract] OR "Brain Vascular Accident"[Title/Abstract] OR "Brain Vascular Accidents"[Title/Abstract]) AND (((("Continuity of Patient Care"[Mesh] OR "Continuity of Patient Care"[Title/Abstract] OR "Patient Care Continuity"[Title/Abstract] OR "Continuum of Care"[Title/Abstract] OR "Care Continuum"[Title/Abstract] OR "Continuity of Care"[Title/Abstract] OR "Care Continuity"[Title/Abstract]) OR ("Transitional Care"[Mesh] OR "Transitional Care"[Title/Abstract] OR "Transition Care"[Title/Abstract]))) AND ("Patient Discharge"[Mesh] OR "Patient Discharge"[Title/Abstract] OR "Patient Discharges"[Title/Abstract] OR "Discharge Planning"[Title/Abstract])))).
LILACS e BDNF	tw:((tw:(stroke OR strokes OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "CVA" OR apoplexy OR apoplexies OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "Acidente Vascular Cerebral" OR "AVC" OR "AVE" OR "Acidente Cerebral Vascular" OR "Acidente Cerebrovascular" OR "Acidente Vascular Encefálico" OR "Acidente Vascular do Cérebro" OR "Acidentes Cerebrais Vasculares" OR "Acidentes Cerebrovasculares" OR "Acidentes Vasculares Cerebrais" OR apoplexia OR "Derrame Cerebral" OR "Accidente Cerebrovascular" OR "ACV" OR "Accidente Cerebral Vascular" OR "Accidente Vascular Cerebral" OR "Accidente Vascular Encefálico" OR "Accidente Vascular del Cerebro" OR "Accidentes Cerebrovasculares" OR apoplejía OR ataque OR "Derrame Cerebral" OR ictus)) AND (tw:(("Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Continuidade da Assistência ao Paciente" OR "Acompanhamento dos Cuidados de Saúde" OR longitudinalidade OR "Longitudinalidade da Assistência ao Paciente" OR "Longitudinalidade do Cuidado" OR "Continuidad de la Atención al Paciente" OR "Continuación de la Atención" OR longitudinalidad OR "Transitional Care" OR "Transition Care" OR "Cuidado Transicional" OR "Cuidado de Transição" OR "Cuidados de Transição" OR "Tratamento Transicional" OR "Tratamento de Transição" OR "Cuidado de Transición" AND "Patient Discharge" OR "Patient Discharges" OR "Discharge Planning" OR "Alta do paciente" OR "Alta Hospitalar" OR "Alta do Hospital" OR "Planejamento da Alta" OR "Alta del paciente" OR "Alta Hospitalaria" OR "Alta de Paciente" OR "Alta del Hospital" OR "Planificación del Alta" OR "Salida del Paciente"))).

Figura 1 – Descritores, palavras-chave e expressões de buscas empregadas. Florianópolis, SC, Brasil, 2020

A busca dos dados ocorreu durante o mês de janeiro de 2022. As produções foram acessadas por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), de maneira dupla e independente, por dois revisores em três etapas. Na primeira, realizou-se a leitura de título e resumo; na segunda, fez-se a leitura dos artigos na íntegra e, na terceira, com um terceiro revisor, foram analisadas as inconsistências e discordâncias que emergiram ao longo da leitura dos artigos para alcançar um consenso.

Com base na identificação, e por meio das recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic*

Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), os títulos e resumos de 882 artigos foram lidos, sendo utilizado o gestor de referências *EndNote Web*. Ao final deste processo, removeram-se 82 estudos por duplicidade, e após exclusão dos artigos que não se enquadraram nos critérios de inclusão, obteve-se um total de 130 estudos pré-selecionados, que foram submetidos a uma análise na íntegra do seu conteúdo. Na segunda leitura crítica e minuciosa, excluíram-se 109 artigos por não se enquadrarem no objetivo do estudo, resultando, ao final, um total de 21 estudos. O fluxograma desta etapa é detalhado na Figura 2.

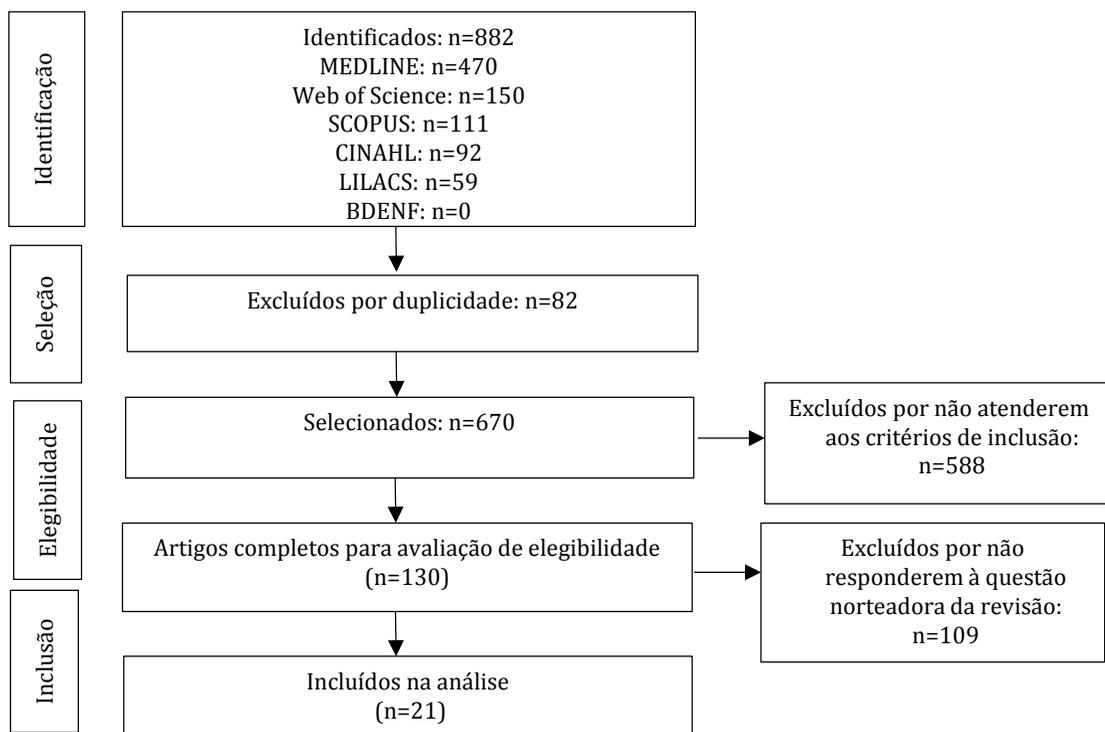


Figura 2 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos a partir da metodologia PRISMA. Florianópolis, SC, 2022

Para a extração dos dados, utilizou-se instrumento próprio contendo: autores, ano, país, título, método, tema, objetivo, principais resultados e variáveis relacionadas à transição do cuidado. Em relação ao método empregado, também foi classificado o nível de evidência do estudo: Nível I – revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados con-

trolados; Nível II – ensaios clínicos randomizados controlados bem delineados; Nível III – ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV – estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI – estudo descritivo ou qualitativo e Nível VII – opinião de autoridades e/ou relatórios⁽⁹⁾.

Resultados

Os dados foram analisados, descritivamente, e são apresentados na Figura 3 com os principais resultados bem como divididos em três temas predominantes que se relacionaram à transição do cuidado

de pessoas com AVC: Barreiras Organizacionais; Informações em Saúde; e Coordenação do Cuidado. Foi realizada uma síntese temática e construção de uma figura com descrição dos dados e principais resultados dos estudos.

Autor principal/ Ano/País	Tipo de estudo/ Nível de evidência	Tema/Principais resultados
Rodrigues RAP et al. 2013/Brasil ⁽¹⁰⁾	Qualitativo VI	Coordenação do Cuidado/Apesar de haver política de saúde que determina o sistema de referência e contrarreferência, a rede de saúde ainda apresenta fragilidades para o cuidar.
Struwe JH et al. 2013/Dinamarca ⁽¹¹⁾	Qualitativo VI	Barreiras Organizacionais/A organização da continuidade do cuidado é importante para manter a qualidade da assistência e inclui a designação de enfermeiras, que são responsáveis pela coordenação de cuidados interdisciplinares.
Lutz BJ et al. 2013/EUA ⁽¹²⁾	Qualitativo VI	Informações em Saúde e Coordenação do Cuidado/Sobreviventes de AVC* e seus cuidadores não têm tempo adequado para lidar com o choque e a crise do evento de AVC, da alta hospitalar e de todas as novas responsabilidades com as quais eles devem lidar.
Hill KM et al. 2014/Reino Unido ⁽¹³⁾	Coorte IV	Barreiras Organizacionais e Informações em Saúde/A relação de confiança se desenvolve ao longo do tempo, crescendo à medida que os relacionamentos com os prestadores de cuidados se tornam mais estabelecidos e contribui para a continuidade do atendimento.
Chouliara N et al. 2014/Reino Unido ⁽¹⁴⁾	Qualitativo VI	Barreiras Organizacionais/Os serviços de alta com suporte precoce foram considerados bem-sucedidos no fornecimento de reabilitação. A missão e o impacto dos serviços devem ser claros e demonstráveis, com as equipes fortalecendo os vínculos com outros provedores.
Nordin A et al. 2015/Suécia ⁽¹⁵⁾	Ensaio Clínico Randomizado II	Coordenação do Cuidado/Pode ser benéfico explorar minuciosamente as expectativas dos pacientes antes da alta, pois certos sentimentos e pensamentos podem interferir neste processo.
Cassoudealle H et al. 2016/França ⁽¹⁶⁾	Coorte IV	Coordenação do Cuidado/Destaca o valor de uma organização coerente em nível local entre os diferentes parceiros do setor de saúde tanto público quanto privado.
Ghazzawi A et al. 2016/Canadá ⁽¹⁷⁾	Qualitativo VI	Informações em Saúde/Relacionamentos com provedores de saúde, suporte informativo e continuidade no gerenciamento de casos influenciam a experiência de cuidado familiar e garantem a qualidade do cuidado durante a transição.
Waring J et al. 2016/Reino Unido ⁽¹⁸⁾	Qualitativo VI	Barreiras Organizacionais e Informações em Saúde/As ameaças mais comuns à alta foram classificadas como: danos diretos ao paciente (p. ex. quedas); fatores proximais (p. ex. educação do paciente); e fatores distais (p. ex. planejamento de alta).
Davoody N et al. 2016/Suécia ⁽¹⁹⁾	Qualitativo VI	Informações em Saúde/Os potenciais serviços de e-Health podem ser benéficos para compartilhar informações nas diversas fases do AVC.
Ratray NA et al. 2017/EUA ⁽²⁰⁾	Qualitativo VI	Informações em Saúde/Alguns fatores influenciam a comunicação entre os serviços de saúde, tais como: planos de tratamento e medicamentos consistentes e completos; documentação de alta padronizada e confiável; e uso de vários modos de comunicação.
Gilmore-Bykovskiy AL et al. 2018/EUA ⁽²¹⁾	Coorte IV	Informações em Saúde/A não designação de um serviço responsável pelo acompanhamento pós-hospitalar - descrito no resumo de alta - pode estar associado a resultados piores em 30 dias pós-alta.
Kable A et al. 2019/Austrália ⁽²²⁾	Qualitativo VI	Barreiras Organizacionais/A continuidade do cuidado é afetada pela pressão para alta hospitalar, resumos de alta inadequados ou tardios e desafios envolvendo cuidadores. Pós-alta, incluem-se como entraves a indisponibilidade de serviços, atrasos e listas de espera, problemas relacionados ao cuidador e acompanhamento em longo prazo.
Bettger JP et al. 2019/EUA ⁽²³⁾	Ensaio clínico randomizado II	Informações em Saúde e Coordenação do Cuidado / Transições mal executadas ou cuidados descontínuos aumentam o risco de erros médicos e de medicação, subutilização, uso excessivo de serviços e procedimentos de saúde e estresse do paciente e do cuidador.
Yang CP et al. 2019/Taiwan ⁽²⁴⁾	Descritivo VI	Coordenação do Cuidado/A continuidade do tratamento está correlacionada com a sobrevivência de um ano.
Krishnan S et al. 2019/EUA ⁽²⁵⁾	Qualitativo VI	Informações em Saúde/Praticar a tomada de decisão compartilhada, envolvendo sobreviventes de AVC em discussões durante o planejamento de alta e fornecer opções para várias instalações são a chave para fornecer cuidados centrados no paciente.
Deutschbein J et al. 2020/Alemanha ⁽²⁶⁾	Ensaio clínico randomizado II	Coordenação do Cuidado/A coordenação do cuidado é um instrumento potencialmente eficaz para apoiar os sobreviventes de AVC à medida que organizam e utilizam os serviços de saúde necessários e disponíveis na comunidade de forma coerente.
Lindblom S et al. 2020/Suécia ⁽²⁷⁾	Qualitativo VI	Barreiras Organizacionais e Informações em Saúde/Há uma grande necessidade de maior envolvimento e diálogo entre os pacientes e outras pessoas significativas em relação às condições de saúde, procedimentos no hospital e preparação para o autocuidado após a alta.
Bierhals CCBK et al. 2020/Brasil ⁽²⁸⁾	Ensaio clínico randomizado II	Coordenação do Cuidado/Intervenções educativas de enfermagem no domicílio geraram maior utilização do serviço ambulatorial. No entanto, é necessária maior integração entre os serviços de saúde com base num sistema de referência e contrarreferência efetivo.
Sheehan J et al. 2021/Austrália ⁽²⁹⁾	Qualitativo VI	Informações em Saúde e Coordenação do Cuidado/É necessária uma melhor integração dos serviços visando apoiar uma abordagem eficaz em ambientes hospitalares e comunitários, para aprimorar a continuidade dos cuidados após o AVC.
Pedersen RA et al. 2021/Noruega ⁽³⁰⁾	Coorte IV	Informação em Saúde/Os resumos de alta não cumpriram seu potencial de servir como ferramentas de colaboração, transferência de conhecimento e implementação de diretrizes. Ao invés disso, eles podem contribuir para sustentar a lacuna entre o hospital e cuidados posteriores.

*AVC: acidente vascular cerebral

Figura 3 – Estudos selecionados para a pesquisa. Florianópolis, SC, Brasil, 2022

O tipo de estudo predominante foi o de nível de evidência VI (descritivos e qualitativos), localizado em 13 produções^(10-12,14,17-20,22,24-25,27,29). Os Estados Unidos da América foram o país com maior número de pesquisas^(12,20-21,23,25) sobre a temática, com o total de cinco estudos. Em relação ao período de publicação dos estudos, não houve destaque relacionado aos últimos anos. O predomínio de estudos ocorreu em 2016⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ e 2019⁽²²⁻²⁵⁾, com quatro artigos em cada ano.

A despeito das barreiras organizacionais encontradas no estudo, citam-se alguns limites para a transição adequada que envolvem elementos correspondentes às instituições e modos de trabalho. Destaca-se a importância dos espaços de diálogo para construção da relação de confiança, compartilhamento das decisões e identificação das necessidades de cada pessoa com AVC e família^(13,27). Equipes organizadas compreendem o papel de cada profissional e o consideram na tomada de decisão^(18,27), considerando, ainda que a proximidade entre os membros da equipe possibilita que os profissionais saibam como e quando solicitar apoio e contarem com suas avaliações^(13,27).

Serviços com equipes completas para prestar o atendimento se tornam um fator crucial na qualidade do trabalho e, conseqüentemente, culmina na diminuição da rotatividade de profissionais⁽¹¹⁾. Em contrapartida, locais com alta alternância de funcionários ocasionam falhas nos processos e fragilidade nas rotinas de cuidado, levando à insatisfação das pessoas hospitalizadas⁽²⁷⁾ bem como locais com falta de recursos, como equipamentos ou estrutura física inadequada⁽¹¹⁾.

A fragilidade na comunicação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde pode gerar informações mal-interpretadas e pouca confiança entre as equipes. O *feedback* entre os serviços de saúde facilita a compreensão do processo e possibilita identificar pontos falhos da transição para posterior planejamento e execução de melhorias. Ademais, certifica os profissionais do ambiente hospitalar se a atuação antes da alta foi eficaz para a pessoa acometida⁽²⁷⁾. Durante a rotina de cuidados da equipe hospitalar, o cuidador também

deve ser inserido nas práticas, inclusive, acompanhando e auxiliando a prestação de cuidados para que se sinta seguro na transição para o domicílio⁽²²⁾.

É imprescindível a participação de um profissional de saúde de confiança na realização dos cuidados nos primeiros momentos da transição, uma vez que este é um ponto de apoio para que as famílias possam recorrer em situações de dúvidas ou anseios^(21,27). Serviços que prestam cuidados primários se tornam importantes neste contexto, pois têm maior vínculo e informações a respeito da realidade das famílias⁽²⁷⁾.

O planejamento de alta deve ser o foco principal desde o momento em que as pessoas são admitidas nos setores hospitalares. O contato com outros serviços por meio de reuniões pode facilitar o alinhamento das decisões e planejamento dos cuidados a serem continuados no domicílio, incluindo adaptações necessárias na casa, ainda antes de receber a alta⁽¹¹⁾.

No que tange às informações em saúde disponíveis para a transição adequada, citam-se planejamentos de alta inadequados e falhas na comunicação que podem impactar na continuidade da assistência e impossibilitar o envolvimento da pessoa com AVC na reabilitação^(19,30).

Muitos serviços e profissionais ainda consideram os tradicionais “resumos de alta”, entretanto, não são ideais e, muitas vezes, possuem informações limitadas, além de que a equipe de saúde da família só terá acesso a estes documentos dias após a desospitalização. As informações via telefone também podem gerar grande confusão⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. A utilização de sistemas de informação distintos pode acarretar perdas ou duplicidade. Portanto, é necessário reforçar a importância do uso de ferramentas comuns aos pontos de atenção à saúde, facilitando a colaboração e comunicação entre todos os envolvidos^(18,23,29).

Algumas vezes, as informações descritas são importantes no momento da internação, enquanto que os temas mais relevantes para o acompanhamento posterior na atenção primária são omitidos. Muitas vezes esquecidas, as informações burocráticas tam-

bém são importantes, incluindo orientações sobre receitas, dispensação das medicações, direitos e responsabilidades da pessoa com AVC e reabilitação⁽³⁰⁾. Além disso, deve haver a justificativa para as decisões tomadas durante a hospitalização a respeito das intervenções e futuras propostas⁽²⁰⁾.

Os registros de alta também devem esclarecer de quem é a responsabilidade pelos cuidados e possibilitar o seguimento congruente ao planejado^(21,25). Outro item a se considerar é que o cuidado realizado na atenção hospitalar usualmente ocorre com diversos profissionais de uma mesma categoria, o que pode gerar informações fragmentadas^(13,17).

Um aspecto que requer atenção dos profissionais é não oferecer grandes volumes de informações em um mesmo momento, pois afeta negativamente a capacidade de o cuidador familiar absorvê-las⁽¹²⁾. Ademais, a relação verticalizada com os cuidadores, pautada em diversos limites e regras, pode fazer com que estes acreditem que estão incomodando e não se sintam à vontade para interagir, o que pode levá-los a desmotivação na orientação profissional e busquem outras fontes de informação, como a internet ou outras pessoas de apoio⁽¹⁷⁾.

O processo de cuidado que perpassa diversos pontos dos serviços gera resumos de alta, encaminhamentos, avaliações específicas, decisões da equipe, desenvolvimento de habilidades com cuidadores, recebimento de informações de equipes especializadas e contato com outros serviços^(13,27). Esta grande rede gera a necessidade da criação da síntese de processos, que poderia ser realizada por meio de *links*, possibilitando a padronização do entendimento das necessidades do indivíduo e julgamentos mais assertivos sobre cuidados futuros⁽²⁷⁾. Os serviços de *e-Health* também podem ser uma boa estratégia para integração de dados importantes⁽¹⁹⁾.

A coordenação do cuidado após a alta se torna tão importante quanto o atendimento na fase aguda do AVC. São necessárias iniciativas que aproximem a atenção primária das equipes hospitalares, podendo, deste modo, favorecer a compreensão dos cuidados

necessários e metas de reabilitação, pois resumos de alta podem ser insuficientes⁽²⁹⁾.

A busca de redução do tempo de internação pode culminar na “crise do AVC”: o momento de maior estresse para famílias e pessoas após o evento⁽¹²⁾. Eles se veem na incumbência de refletir e determinar tudo o que precisa ser feito, o que inclui modificações na casa, compra de equipamentos, adaptação dos vínculos empregatícios, manutenção da renda, apoio social, dentre outros itens de uma lista que lhes parece infinita^(12,15).

O diálogo e cuidado coordenado entre os pontos da rede de saúde e comunitários otimizam, facilitam e harmonizam as informações^(10,16-17). Depois da alta, as pessoas com AVC e seus familiares buscam acompanhamento com profissionais que já tenham tido um relacionamento estabelecido, geralmente, ocorrido na APS⁽¹⁰⁾. É neste ponto da rede que os profissionais conseguem reconhecer os Determinantes Sociais de Saúde, como condições para alimentação adequada, condição socioeconômica e apoio social⁽²³⁾.

A contrarreferência urge neste contexto que requer complexidade de cuidado, e a integralidade só poderá ser efetivada na atuação de todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde^(10,16). Ocorre que nem todas as pessoas têm conhecimento ou acesso acerca dos seus serviços de referência na comunidade e podem se sentir frustrados quando precisam de assistência, mas não sabem como solicitar⁽¹⁰⁾ ou quando há falta de experiência dos próprios profissionais em relação aos cuidados com o AVC⁽¹⁷⁾. A continuidade do cuidado deve ser pautada nas orientações dos profissionais de saúde e desenvolvimento de habilidades iniciadas dentro da instituição hospitalar, evitando que a família exerça cuidados de modo empírico ou de acordo com experiências anteriores^(10,15).

Dados de um estudo com mais de 19.000 pessoas com AVC em um período de oito anos evidenciaram que a continuidade dos cuidados através de visitas ambulatoriais para esse grupo está correlacionada com a sobrevivência de um ano⁽²⁴⁾. Um ensaio clínico randomizado⁽²⁸⁾ percebeu que o grupo de pessoas que

recebeu visitas de enfermeiros após a alta apresentou maior acesso ao serviço ambulatorial hospitalar, o que pode ser justificado pelo maior vínculo e efetividade nas orientações em saúde.

A coordenação do cuidado possibilita aos pacientes o acesso aos serviços de saúde adequados na atenção básica e também pode evitar a sobrecarga de setores hospitalares⁽²⁶⁾. No contexto do AVC, atribuir a coordenação do cuidado às enfermeiras responsáveis também é apontado como item relevante para a qualidade do cuidado interdisciplinar⁽¹¹⁾.

Discussão

A alta hospitalar não é um ponto final no atendimento mas, sim, uma das múltiplas transições dentro da jornada que necessitam de atenção à saúde⁽¹²⁾. Esse *continuum* de cuidado requer uma relação de longo prazo entre um indivíduo/família e serviços de saúde, abarcando: continuidade da informação, gerenciamento do cuidado de forma interligada e continuidade do relacionamento entre profissionais, famílias e usuários^(4,24).

A comunicação é elencada como um desafio para o trabalho em equipe. A experiência de discussões entre todos os profissionais é relatada em um estudo brasileiro, que utilizou a experiência do *round* interdisciplinar para demonstrar o impacto positivo na qualidade da assistência e segurança da pessoa hospitalizada. Destaca-se que a descentralização do saber médico possibilita maior interação e complementação das competências técnicas dos envolvidos⁽³¹⁾. Neste ínterim, reconhecer o papel de cada profissional no cuidado, bem como o alinhamento entre equipe, promove um cuidado de qualidade⁽³²⁾.

Além da importância multidisciplinar do cuidado, a enfermagem é um pilar essencial para transições bem-sucedidas, pois em sua formação desenvolvem habilidades para o gerenciamento do cuidado por meio da sistematização da assistência e desenvolvimento do autocuidado e educação em saúde⁽³³⁾.

A interlocução que envolve a pessoa hospita-

lizada e seus familiares permite identificar lacunas para serem trabalhadas ainda na hospitalização. Por outro lado, transições mal executadas aumentam o risco de condutas inadequadas e geram uma série de incertezas às famílias⁽²³⁾. Pessoas que sofreram o AVC e têm necessidades contínuas de reabilitação devem ter acesso a serviços ambulatoriais especializados após a alta, seja em casa, seja em um estabelecimento, com base nas necessidades individuais⁽³⁴⁾ e avaliação mais breve possível⁽³²⁾.

As intervenções pelas equipes de cuidados primários devem ter enfoque no acompanhamento contínuo e atualização de informações oportunas aos usuários e cuidadores. Estratégias que visem o desenvolvimento de habilidades auxiliam o autocuidado e minimizam as complicações do AVC⁽³⁵⁾. Esta prática maximiza a participação da família e os auxilia reduzindo o estresse da função⁽³²⁾. Dentre as intervenções de cuidados de transição, destacam-se os programas de visita domiciliar. Essa prática reduz a mortalidade em todos os tempos de seguimento e fortalece as atividades de vida diária após a desospitalização⁽³⁶⁾. Ademais, serviços de APS possibilitam um olhar integral à saúde e seus determinantes, no qual outros serviços podem estar menos preparados⁽³⁷⁾.

No Brasil, a Linha de Cuidado à pessoa com AVC possibilita melhoria na qualidade da assistência e incentiva as instituições a adotarem práticas coerentes de cuidado, que requerem uma série de alinhamentos dos serviços de saúde. Apesar da comum pressão pela redução do tempo de internação, deve haver bom senso na alta hospitalar, evitando-se desospitalizações precoces que possam culminar em piora clínica ou, até mesmo, reinternação⁽³⁸⁾.

A respeito das informações em saúde, o excesso pode ser tão desfavorável quanto a sua escassez. Grandes volumes de informações, às vezes, conflitantes e de vários serviços de saúde podem impedir a compreensão adequada pelos cuidadores e pacientes⁽³⁵⁾. É importante que o profissional se certifique de que os esclarecimentos foram realmente compreendidos⁽³²⁾.

Avanços recentes em tecnologias móveis (*smar-*

tphones) oferecem oportunidades únicas de utilizá-las para melhorar a conscientização sobre a saúde e a capacitação das pessoas no autogerenciamento dos seus fatores de risco, o que pode ser particularmente atraente para populações com acesso limitado aos serviços, como ocorre em áreas rurais⁽³⁹⁾. Todavia, pensar na melhora da informatização da saúde vai além da implementação em locais ainda inexistentes. Gestores em saúde precisam criar condições adequadas para uso destas ferramentas, possibilitando o desenvolvimento de competências dos profissionais e estabelecer mecanismos coordenados em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde⁽⁴⁰⁾.

A transição do cuidado se torna fundamental no atual contexto demográfico em virtude das transformações do perfil epidemiológico e predomínio de pessoas mais velhas, o que remete ao aumento das condições crônicas e suas consequentes implicações⁽³⁷⁾. Além da redução nas taxas de reinternação, a transição adequada encoraja as pessoas com AVC e seus cuidadores a exercerem sua autonomia e independência nas práticas de saúde após a alta.

A efetivação dos processos de transição na Rede de Atenção à Saúde pode influenciar não apenas períodos de mudança hospital-domicílio, mas quaisquer outras transições posteriores⁽⁴¹⁾. Países desenvolvidos como os EUA apresentam discussões avançadas quanto aos cuidados às pessoas com AVC, incluindo o desenvolvimento de diretrizes e *guidelines* que são seguidos por todo o continente⁽⁴²⁾. Além disso, demonstram discussões primárias e modelos a respeito da transição do cuidado, o que pode justificar o maior número de artigos selecionados para esta revisão^(41,43). Já no âmbito nacional, ainda há uma lacuna no que tange à produção de conhecimentos nesta temática.

Limitações do estudo

Grande parte dos estudos abordou a transição de cuidado sob um único prisma, como percepção de cuidadores, profissionais ou pessoa com acidente vascular cerebral. Estudos que contemplem a integridade

de da transição do cuidado podem auxiliar a compreensão deste processo.

Contribuições para a prática

Identificar os principais entraves e pontos relevantes para uma transição adequada instiga reflexões e instrumentaliza gestores e equipe multiprofissional acerca de como se pode qualificar o cuidado em momentos de transição, garantindo a continuidade adequada da assistência, evitando reinternações ou adoecimentos do cuidador familiar.

Conclusão

O estudo permitiu identificar itens relevantes envolvidos na transição de cuidado que ocorre entre os serviços de saúde utilizados pela pessoa com acidente vascular cerebral, incluindo barreiras organizacionais, coordenação do cuidado e informações em saúde. Com o predomínio de práticas curativistas no ambiente institucional, o familiar e a própria pessoa podem ficar excluídos do processo de desospitalização e, portanto, sem participação no planejamento de alta e desenvolvimento de habilidades.

Somado a isso, a pressão das rotinas hospitalares e relações de trabalho verticalizadas geram resumos de alta fragmentados e altas precoces. A revisão demonstrou a importância de serviços articulados para garantia da transição segura. Além disso, instiga à reflexão para que as equipes sejam capacitadas para tal, alinhadas aos outros pontos da rede com necessário acesso às tecnologias para compartilhamento de informações em saúde.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho ou análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada e Responsabilidade por todos os aspectos do texto em garantir a exatidão e integridade

de qualquer parte do manuscrito: Magagnin AB.

Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada: Heidemann ITSB.

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, e redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Brum CN.

Referências

1. Roy-O'reilly M, McCullough LD. Age and sex are critical factors in ischemic stroke pathology. *Endocrinology*. 2018;159(8):3120-31. doi: <https://doi.org/10.1210/en.2018-00465>
2. Lotufo PA, Goulart AC, Passos VMA, Satake FM, Souza MFM, França EB, et al. Cerebrovascular disease in Brazil from 1990 to 2015: Global Burden of Disease 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(1):129-41. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050011>
3. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *Int J Stroke*. 2022;17(1):18-29. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/17474930211065917>
4. Tsai PC, Yip PK, Tai JJ, Lou MF. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:449-57. doi: <https://dx.doi.org/10.2147/PPA.S77713>
5. White CL, Brady TL, Saucedo LL, Motz D, Sharp J, Birnbaum LA. Towards a better understanding of readmissions after stroke: partnering with stroke survivors and caregivers. *J Clin Nurs*. 2015;24(7-8):1091-100. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.12739>
6. Janzen S, Mirkowski M, McIntyre A, Mehta S, Iruthayrajah J, Teasell R. Referral patterns of stroke rehabilitation inpatients to a model system of outpatient services in Ontario, Canada: a 7-year retrospective analysis. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:399. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4236-5>
7. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nur*. 2005;52(5):543-53. doi: [10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x)
8. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers. Manual: 2014 edition [Internet]. 2014 [cited Mar 14, 2022]. Available from: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>
9. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.
10. Rodrigues RAP, Marques S, Kusumota L, Santos EB, Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC. Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents - from hospital to the home. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(Spec):216-24. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700027>
11. Struwe JH, Baernholdt M, Noerholm V, Lind J. How is nursing care for stroke patients organised? Nurses' views on best practices. *J Nurs Manag*. 2013;21(1):141-51. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jonm.12016>
12. Lutz BJ, Young ME, Cox KJ, Martz C, Creasy KR. The crisis of stroke: experiences of patients and their family caregivers. *Top Stroke Rehabil*. 2011;18(6):786-97. doi: <https://dx.doi.org/10.1310/tsr1806-786>
13. Hill KM, Twiddy M, Hewison J, House AO. Measuring patient-perceived continuity of care for patients with long-term conditions in primary care. *BMC Fam Pract*. 2014;15:191. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0191-8>
14. Chouliara N, Fisher RJ, Kerr M, Walker MF. Implementing evidence-based stroke Early Supported Discharge services: a qualitative study of challenges, facilitators and impact. *Clin Rehabil*. 2014;28(4):370-7. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/0269215513502212>
15. Nordin Å, Sunnerhagen KS, Axelsson ÅB. Patients' expectations of coming home with Very Early Supported Discharge and home rehabilitation after stroke - an interview study. *BMC Neurol*. 2015;15:235. doi: <https://doi.org/10.1186/s12883-015-0492-0>
16. Cassoudealle H, Nozères A, Petit H, Cressot V, Muller F, Rouanet F, et al. Post-acute referral of stroke victims in a French urban area: Re-

- sults of a specific program. *Ann Phys Rehabil Med.* 2016;59(4):248-54. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2016.02.003>
17. Ghazzawi A, Kuziemsy C, O'Sullivan T. Using a complex adaptive system lens to understand family caregiving experiences navigating the stroke rehabilitation system. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):538. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1795-6>
 18. Waring J, Bishop S, Marshall F. A qualitative study of professional and carer perceptions of the threats to safe hospital discharge for stroke and hip fracture patients in the English National Health Service. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:297. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1568-2>
 19. Davoody N, Koch S, Krakau I, Hagglund M. Post-discharge stroke patients' information needs as input to proposing patient-centred eHealth services. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2016;16:66. doi: <http://doi.org/10.1186/s12911-016-0307-2>
 20. Rattray NA, Sico JJ, Cox LM, Russ AL, Matthias MS, Frankel RM. Crossing the communication chasm: challenges and opportunities in transitions of care from the hospital to the primary care clinic. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2017;43(3):127-37. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2016.11.007>
 21. Gilmore-Bykovskiy AL, Kennelty KA, DuGoff E, Kind AJH. Hospital discharge documentation of a designated clinician for follow-up care and 30-day outcomes in hip fracture and stroke patients discharged to sub-acute care. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:103. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2907-2>
 22. Kable A, Baker A, Pond D, Southgate E, Turner A, Levi C. Health professionals' perspectives on the discharge process and continuity of care for stroke survivors discharged home in regional Australia: A qualitative, descriptive study. *Nurs Health Sci.* 2019;21(2):253-61. doi: <https://doi.org/10.1111/nhs.12590>
 23. Bettger JP, Jones SB, Kucharska-Newton AM, Freburger JK, Coleman SWC, Mettam H, et al. Meeting Medicare requirements for transitional care: Do stroke care and policy align? *Neurology.* 2019;92(9):427-34. doi: <http://doi.org/10.1212/WNL.0000000000006921>
 24. Yang CP, Cheng HM, Lu MC, Lang HC. Association between continuity of care and long-term mortality in Taiwanese first-ever stroke survivors: an 8-year cohort study. *PLoS One.* 2019;14(5):e0216495. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0216495>
 25. Krishnan S, Hay CC, Pappadis MR, Deutsch A, Reistetter TA. Stroke survivors' perspectives on post-acute rehabilitation options, goals, satisfaction, and transition to home. *J Neurol Phys Ther.* 2019;43(3):160-7. doi: <https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000281>
 26. Deutschbein J, Grittner U, Schneider A, Schenk L. Community care coordination for stroke survivors: results of a complex intervention study. *BMC Health Serv Res.* 2020;19:20(1):1143. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05993-x>
 27. Lindblom S, Ytterberg C, Elf M, Flink M. Perceptive dialogue for linking stakeholders and units during care transitions - a qualitative study of people with stroke, significant others and health-care professionals in Sweden. *Int J Integr Care.* 2020;20(1):11. doi: <https://dx.doi.org/10.5334/ijic.4689>
 28. Bierhals CCBK, Day CB, Mocellin D, Santos NO, Predebon ML, Dal Pizzol FL, et al. Use of health services by elderly people post-stroke: a randomized controlled trial. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20190138. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190138>
 29. Sheehan J, Lannin NA, Laver K, Reeder S, Bhojti A. Primary care practitioners' perspectives of discharge communication and continuity of care for stroke survivors in Australia: a qualitative descriptive study. *Health Soc Care Community.* 2021. doi: <https://doi.org/10.1111/hsc.13696>
 30. Pedersen RA, Petursson H, Hetlevik I, Thune H. Stroke follow-up in primary care: a discourse study on the discharge summary as a tool for knowledge transfer and collaboration. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):41. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06021-8>
 31. Guzinski C, Lopes ANM, Flor J, Migliavaca J, Tortato C, Dal Pai D. Good practices for effective communication: the experience of the interdisciplinary round in orthopedic surgery. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180353. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180353>

32. Cameron JI, O'Connell C, Foley N, Salter K, Booth R, Boyle R, et al. Heart and Stroke Foundation Canadian Stroke Best Practice Committees. Canadian stroke best practice recommendations: managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update 2016. *Int J Stroke*. 2016;11(7):807-22. doi: <https://doi.org/10.1177/1747493016660102>
33. Costa MFBNA, Sichert K, Poveda VB, Baptista CMC, Aguado PC. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20200187. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>
34. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke*. 2016;11(4):459-84. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/1747493016643553>
35. Pindus DM, Mullis R, Lim L, Wellwood I, Rundell AV, Aziz NAA, et al. Stroke survivors' and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services – a systematic review and meta-ethnography. *PLoS One*. 2018;13(4):e0196185. doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0192533>
36. Wang Y, Yang F, Shi H, Yang C, Hu H. What type of transitional care effectively reduced mortality and improved ADL of stroke patients? A meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(5):510. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph14050510>
37. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? [Internet]. 2012 [cited Jan 21, 2022]. Available from: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>
38. Rocha MSG, Almeida ACF, N Abath Neto O, Porto MPR, Brucki SMD. Impact of stroke unit in a public hospital on length of hospitalization and rate of early mortality of ischemic stroke patients. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2013;71(10):774-79. doi: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20130120>
39. Feigin V, Norrving B, George MG, Foltz JL, Roth GA, Mensah GA. Prevention of stroke: a strategic global imperative. *Nat Rev Neurol*. 2016;12(9):501-12. doi: <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2016.107>
40. Mendes LDS, Almeida PF. Do primary and specialized care physicians know and use coordination mechanisms? *Rev Saúde Pública*. 2020;54:121. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002475>
41. Coleman OA, Parry C, Chalmers S, Min S. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2006;166(17):1822-8. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822>
42. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019;50:e344–e418. doi: <http://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>
43. Naylor M, Keating SA. Transitional care. *Am J Nurs*. 2008;108(9):58-63. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336420.34946.3a>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons