








Cuidado transicional da pessoa idosa após Acidente Vascular Cerebral: revisão de escopo

Transitional care for the aged person after Cerebrovascular Accident: a scoping review

Como citar este artigo:

Coêlho WG, Matiello FB, Bento DYK, Mendes KDS, Fernandes DS, Braga PG, et al. Transitional care for the aged person after Cerebrovascular Accident: a scoping review. Rev Rene. 2024;25:e93465. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20242593465>

-  Wender Gonçalves Coêlho¹
 Fernanda de Brito Matiello²
 Dieyeni Yuki Kobayasi Bento²
 Karina Dal Sasso Mendes²
 Daiane de Souza Fernandes²
 Pollyanna Guimaraes Braga¹
 Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues²

¹Universidade Federal da Paraíba.
João Pessoa, PB, Brasil.

²Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Rua Prof. Hélio Lourenço, 3900 - Vila Monte Alegre
CEP: 14040-902. Ribeirão Preto, SP, Brasil.
E-mail: rosalina@eerp.usp.br

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: mapear a transição do cuidado da pessoa idosa após acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio. **Métodos:** revisão de escopo, segundo a metodologia JBI. A busca foi conduzida em oito bases de dados, uma biblioteca eletrônica, além de fontes de literatura cinzenta. O Endnote e o Rayyan foram as ferramentas utilizadas para a seleção dos estudos, seguindo as diretrizes do PRISMA-ScR. A seleção dos estudos envolveu dois revisores, com um terceiro para análise final. **Resultados:** de 1.378 estudos, 30 foram selecionados para leitura na íntegra, resultando em 12 artigos publicados entre 2013 e 2023, sendo três qualitativos, oito quantitativos e um estudo misto. Além disso, da literatura cinzenta foram resgatados dois capítulos de livros para compor a amostra, totalizando 14 estudos abordando o tema. **Conclusão:** destaca-se que as propostas de plano necessitam abranger condições gerais da pessoa idosa no processo de transição, porém deve-se atentar para o contexto ambiental em que a pessoa vive e a disponibilização de recursos. **Contribuições para a prática:** as evidências descritas podem auxiliar a construção de medidas mais efetivas para o aprimoramento da assistência prestada a esse indivíduo que necessita transicionar seus cuidados do hospital para o domicílio. **Descritores:** Idoso; Acidente Vascular Cerebral; Alta do Paciente; Cuidado Transicional.

ABSTRACT

Objective: to map the transition of care for the elderly after a stroke from hospital to home. **Methods:** a scoping review using the JBI methodology. The search was conducted in eight databases, an electronic library, and gray literature sources. Endnote and Rayyan were the tools used to select the studies, following the PRISMA-ScR guidelines. The selection of studies involved two reviewers, with a third for the final analysis. **Results:** of 1,378 studies, 30 were selected for full reading, resulting in 12 articles published between 2013 and 2023, three of which were qualitative, eight quantitative, and one mixed study. In addition, two book chapters were retrieved from the grey literature to make up the sample, giving a total of 14 studies on the subject. **Conclusion:** the proposals for a plan need to cover the general conditions of the elderly person in the transition process, but attention should be paid to the environmental context in which the person lives and the availability of resources. **Contributions to practice:** the evidence described can help build more effective measures to improve the care provided to this individual who needs to transition from hospital to home care. **Descriptors:** Aged; Stroke; Patient Discharge; Transitional Care.

Introdução

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um conjunto de enfermidades multifatoriais, caracterizadas por longos períodos de latência e duração prolongada⁽¹⁾. Essas condições representam um problema de saúde pública, sobretudo em países em desenvolvimento⁽²⁾. O Brasil atravessa uma fase de transição demográfica e epidemiológica, refletida no aumento da expectativa de vida e na transição epidemiológica para doenças crônicas⁽³⁾, observando-se notável aumento no número de casos, realidade essa anteriormente inexistente⁽³⁻⁴⁾.

Destaca-se entre essas condições, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) que ocorre com maior incidência em pessoas idosas, como resultado do processo natural de envelhecimento que desencadeia condições de saúde adversas e aumenta a suscetibilidade à doença⁽⁵⁾, considerando que condições como aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias contribuem para isso⁽⁶⁾. A recuperação pós-AVC representa um desafio significativo para as pessoas idosas, dada as limitações físicas e cognitivas que podem prejudicar a eficácia da reabilitação⁽⁴⁻⁵⁾. Embora haja um entendimento dos elementos que podem desencadear um AVC, projeções globais sugerem um crescente número de ocorrências, particularmente entre idosos e homens. Esse aumento está correlacionado com uma maior demanda por serviços públicos de saúde brasileiros⁽⁷⁾.

Dessa forma, a transição do cuidado da pessoa idosa pós-AVC do ambiente hospitalar para o domicílio é de extrema relevância devido aos desafios que ocorrem durante o processo de recuperação. Esta etapa é definida como mudanças nos pacientes entre diferentes contextos, locais e serviços de saúde. Envolve o desenvolvimento de planos de cuidados de alta individualizados e uma variedade de serviços de apoio⁽⁸⁾. A transição segura e eficaz desse cuidado é crucial para promover uma recuperação mais ágil e efetiva, além de reduzir o risco de complicações e readmissões hospitalares⁽⁹⁾.

Nessa direção, o plano de alta da enfermagem para pessoas idosas representa uma abordagem sistematizada e padronizada, visando facilitar a transição segura e eficaz do ambiente hospitalar para o domicílio. O cerne dessa estratégia é aprimorar a qualidade de vida do paciente, mitigar o risco de complicações e readmissões hospitalares, favorecendo uma recuperação mais expedita e efetiva, visando garantir que as necessidades específicas e os objetivos do paciente sejam integralmente considerados e atendidos⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Nessa perspectiva, as questões relacionadas às transições de cuidado para pacientes com AVC adquirem uma urgência preeminente no contexto dos serviços de saúde, desempenhando papel essencial na concretização da integralidade do cuidado. O presente estudo visou investigar a literatura científica existente sobre a transição do cuidado para pacientes idosos após AVC, consolidar o conhecimento existente nessa área e identificar lacunas que orientem as práticas clínicas. Assim, esse trabalho teve como objetivo mapear a transição do cuidado da pessoa idosa após acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio.

Métodos

Seguiu-se a metodologia de revisão de escopo proposta segundo a Colaboração de JBI⁽¹²⁾, conduzida conforme o guia de relato *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)⁽¹³⁾.

A pergunta do estudo seguiu o acrônimo PCC. População: idosos no pós-acidente vascular; conceito: a transição do cuidado; e contexto: hospital para o domicílio. A pergunta norteadora foi: “Quais são as recomendações descritas na literatura científica sobre a transição do cuidado do hospital para o domicílio de pessoas idosas no pós-AVC?”

Os critérios de inclusão consideraram resultados de estudos primários e secundários de população idosa acima de 65 anos, hospitalizada devido ao AVC, com ou sem complicações, e que receberam alta hospitalar. Excluíram-se estudos referentes a resultados

parciais, notas técnicas, relatórios preliminares, abordagens focadas na fisiopatologia e no impacto socioeconômico relacionado a estratégias de diagnóstico e tratamento.

A busca nas bases de dados eletrônicas foi realizada em 23 de fevereiro de 2023, incluindo: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via PubMed, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Cochrane Library, SCOPUS, Web of Science, AgeLine, *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature* (LILACS), biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Soma-se ainda a busca na literatura cinzenta na Open Dissertations, Google Acadêmico, Portal de Teses da Capes e livros didáticos.

Para compor a estratégia norteadora de busca, utilizaram-se termos e/ou descritores controlados e sinônimos, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, a seguir: (((“Aged”[Mesh] OR “Aged” OR “Elderly” OR “Aged, 80 and over”[Mesh] OR “Aged, 80 and over” OR “Oldest Old”)) AND ((“Stroke”[Mesh] OR “Stroke” OR “Strokes” OR “Cerebrovascular Accident” OR “Cerebrovascular Accidents” OR “CVA (Cerebrovascular Accident)” OR “Cerebrovascular Apoplexy” OR “Brain Vascular Accident” OR “Brain Vascular Accidents” OR “Cerebrovascular Stroke” OR “Cerebrovascular Strokes” OR “Cerebral Stroke” OR “Cerebral Strokes” OR “Acute Stroke” OR “Acute Strokes” OR “Acute Cerebrovascular Accident” OR “Acute Cerebrovascular Accidents”))) AND ((“Hospital to Home Transition”[Mesh] OR “Hospital to Home Transition” OR “Hospital to Home” OR “Hospital to Homes” OR “Transitional Care”[Mesh] OR “Transitional Care” OR “Transitional Cares” OR “Transition Care” OR “Transition Cares” OR “Home Transition” OR “Home Transitions”)).

Os registros identificados nas bases de dados foram exportados para o gerenciador de referências EndNote20 para remoção de duplicações, e posteriormente, exportadas para o *Software Rayyan*⁽¹⁴⁾, onde foram incluídos dois revisores para leitura de título

e resumo, e após isso, leitura na íntegra dos estudos. Em ambas as fases, um terceiro revisor foi consultado para resolver eventuais conflitos. As informações dos estudos selecionados foram organizadas em: ano de publicação, idioma, país, objetivos, delineamento, principais resultados e resultados da transição.

Resultados

Um total de 1.378 registros foram identificados inicialmente, com 318 removidos devido a duplicações. Após a leitura dos títulos e resumos, 1.060 registros foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, resultando em 30 estudos considerados elegíveis para leitura completa. Durante a análise completa, 18 artigos foram excluídos em virtude da falta de dados completos relacionados à população e aos resultados. Após essa etapa, restaram 12 artigos e dois capítulos de livros que abordavam a temática e cumpriram todos os critérios de inclusão pré-estabelecidos. O processo detalhado da pesquisa e seleção dos estudos desta revisão está descrito no fluxograma (Figura 1).

Em relação aos estudos selecionados, as publicações abrangeram os anos de 2013 a 2023, distribuídas da seguinte forma: um em 2013 (8,3%)⁽¹⁵⁾, um em 2016 (8,3%)⁽¹⁶⁾, dois em 2019 (16,6%)⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, três em 2020 (25%)⁽¹⁹⁻²¹⁾, dois em 2021 (16,6%)⁽²²⁻²³⁾, um em 2023 (8,3%)⁽⁸⁾. Dos 12 estudos, quatro adotaram a metodologia qualitativa⁽¹⁵⁻¹⁷⁻¹⁸⁻²²⁾ (33,3), sete eram quantitativos^(8,16-19-20-21,23-24) (58,3%) e um estudo era misto⁽²⁵⁾ (8,3%). A soma total da amostra foi de 11.139 participantes.

No que diz respeito ao idioma, dez estudos foram conduzidos em inglês^(8,16-18,20-25) (83,3%), enquanto dois foram realizados em português^(15,19) (16,6%). Quanto à origem dos estudos, quatro são dos Estados Unidos^(17-18,20-21) (33,3%), dois da Austrália⁽²⁴⁻²⁵⁾ (16,6%), dois do Brasil^(15,19) (16,6%), dois do Canadá^(8, 16) (16,6%), um da África do Sul⁽²²⁾ (8,3%) e um da Suécia⁽²³⁾ (8,3%) (Figura 2).

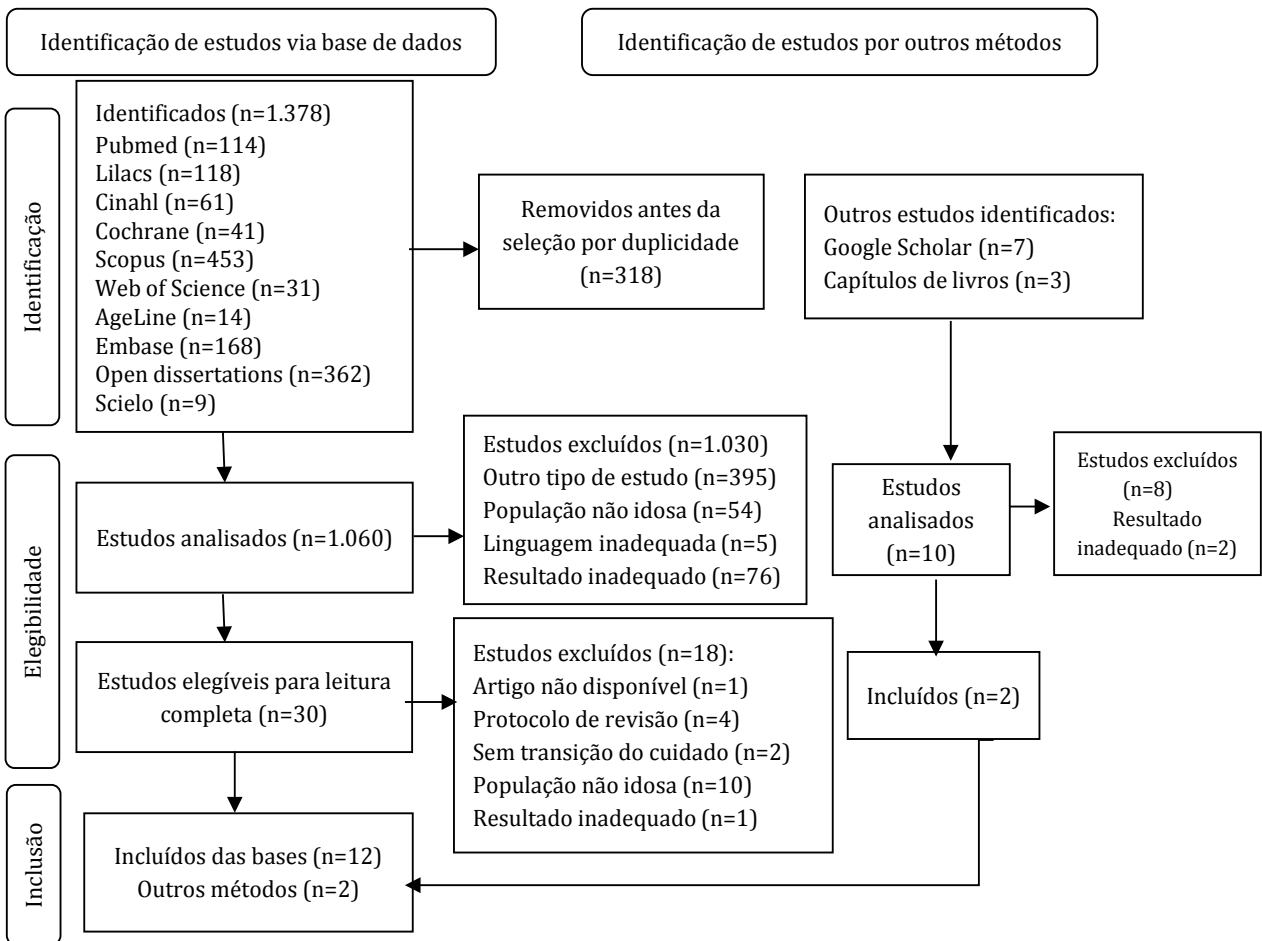


Figura 1 – Fluxograma PRISMA-ScR utilizado para identificação e seleção dos estudos. Barra do Garças, MT, Brasil, 2023

Referência	Tipo de estudo e amostra	Principais resultados	Resultados da transição
A ⁽⁸⁾	Qualitativo descritivo; Amostra: 90 participantes.	Trinta e nove participantes receberam a intervenção <i>Transitional Care Stroke Intervention</i> (TCSI) e 40 foram controles. Não houve diferenças significativas nos riscos iniciais de readmissão em seis meses. O grupo TCSI teve melhorias em funcionalidade física, autogestão do acidente vascular cerebral (AVC) e experiência do paciente, sem diferenças nos custos totais de saúde.	Embora a participação na intervenção de cuidados transitórios TCSI não tenha afetado as readmissões, idosos com AVC (acidente vascular cerebral) e multimorbidade obtiveram melhorias na funcionalidade física, autogestão do AVC e experiência do paciente, sem aumento nos custos totais de saúde.
A ⁽¹⁵⁾	Estudo de caso etnográfico; Amostra: 20 participantes, sendo 10 cuidadores e 10 idosos.	A maioria dos cuidadores tinha pouco conhecimento sobre a doença e cuidados pós-alta hospitalar. Os cuidadores enfrentam desafios físicos e emocionais, adaptando-se às mudanças em casa. A comunicação entre a equipe de saúde e os cuidadores é crucial, mas muitas vezes foi deficiente, dificultando a transição do cuidado.	O estudo revelou que a sobrecarga do cuidador foi um fator significativo na transição do cuidado, com muitos cuidadores relatando falta de tempo e de apoio emocional para lidar com as demandas do cuidado domiciliar.

(A Figura 2 continua na próxima página)

A ⁽¹⁶⁾	Exploratório descritivo, com análise de dados secundários sobre transição de cuidados em AVC; Amostra: 20 participantes	Os resultados indicaram três modelos para transição dos cuidados intensivos, que abordam itens essenciais para a transição ser bem-sucedida, como o envolvimento do paciente e do cuidador, gerenciamento complexo de medicamentos, educação do paciente e do cuidador, continuidade do cuidado e responsabilidade da equipe de atendimento.	Destacou-se que a transição do cuidado para casa após um AVC pode ser um processo difícil e complexo para sobreviventes e cuidadores. Enfatizou-se a importância do envolvimento ativo dos cuidadores na transição do cuidado e se destacou a necessidade de maior atenção, uma vez que a falta de apoio pode ter consequências negativas para a recuperação do sobrevivente.
A ⁽¹⁷⁾	Transversal; Amostra: 169 pacientes com AVC cuidado.	Os resultados revelaram que a maioria dos participantes percebeu que a transição de cuidados era de alta qualidade. No entanto, foram identificadas diversas áreas a melhorar. Pessoas com AVC mais grave relataram menor qualidade na transição comparada aos de AVC leve. A associação foi fraca entre as características do paciente ou clínicas e a qualidade percebida.	O aprimoramento da preparação para alta e no suporte pós-alta para autogerenciamento na transição de cuidados foram identificados. É necessária atenção para pessoas com AVC grave. Poucas características clínicas foram associadas à qualidade percebida. Destacando-se a importância de fatores contextuais como rotinas de alta e planos de cuidados individualizados.
A ⁽¹⁸⁾	Qualitativo; Amostra: 8 participantes que tiveram alta hospitalar após o AVC.	Os resultados revelaram seis temas principais: perda de autonomia e papéis, barreiras à reintegração comunitária, isolamento social, encontrar força interna, facilitadores da reintegração comunitária (incluindo apoio positivo) e benefícios da reabilitação, com recomendações para esse processo.	A transição foi complexa, com desafios para o retorno à vida diária, problemas com a mobilidade, comunicação e atividades cotidianas. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde e de apoio social foram identificadas. Destaca-se a importância de uma abordagem centrada na pessoa, com ênfase na compreensão da experiência e soluções personalizadas.
A ⁽¹⁹⁾	Estudo metodológico conduzido em três etapas; Amostra: 10 especialistas.	Os resultados incluíram um protocolo assistencial com intervenções educativas divididas em quatro categorias: orientações sobre AVC, cuidados com idosos, medicação e prevenção de complicações. O protocolo foi estruturado em domínios: orientações sobre a doença; suporte emocional; utilização da Rede de Atenção à Saúde, entre outros relacionados com cuidados.	Os resultados indicam que a construção do protocolo assistencial pode auxiliar a transição do cuidado do hospital para o domicílio, promovendo a capacitação dos cuidadores familiares de idosos após AVC.
A ⁽²⁰⁾	Estudo-piloto simples-cego, prospectivo e randomizado; Amostra: 40 participantes.	O programa <i>Transitions Of Care Coordinator</i> (TOCC) para pacientes hospitalizados com AVC isquêmico agudo, conduzido por enfermeiros, demonstrou viabilidade. Não houve diferença significativa no tempo de permanência hospitalar entre os grupos TOCC e os cuidados usuais. No entanto, houve uma tendência para uma maior satisfação dos pacientes no grupo TOCC, avaliada 30 dias após a alta.	Um programa de transição de cuidado para pacientes hospitalizados com AVC é viável e pode estar associado a uma maior satisfação do paciente. Os hospitais designados como centros abrangentes de AVC são frequentemente equipados com enfermagem navegadores de AVC, permitindo uma fácil implementação de estudos de melhoria de qualidade orientados por enfermeiros.
A ⁽²¹⁾	Coorte observacional; Amostra: registros de 7.812 pacientes.	O estudo analisou 7.812 registros elegíveis do <i>Australian Stroke Clinical Registry</i> , registro australiano de abrangência nacional de qualidade clínica que coleta dados prospectivos. Quarenta e sete por cento dos pacientes elegíveis receberam um plano de cuidados de alta.	O planejamento de alta é recomendado para otimizar a transição dos cuidados intensivos para o domicílio para pacientes internados com AVC. O estudo identifica fatores associados ao recebimento de um plano de cuidados de alta: maior posição socioeconômica, diagnóstico de AVC isquêmico, maior gravidade ou alta com medicação anti-hipertensiva.

(A Figura 2 continua na próxima página)

A ⁽²²⁾	Qualitativo; Amostra: 20 cuidadores de AVC.	Os principais resultados mostraram que os cuidadores apresentavam preocupações em relação à transição do cuidado para casa após o AVC, as quais incluíam: incerteza sobre a capacidade de lidar com o cuidado, antecipação de desafios futuros e pistas para a ação, como sinais de alerta para possíveis problemas de saúde do paciente.	O estudo demonstrou que os cuidadores enfrentam desafios significativos ao se prepararem para o cuidado em domicílio. Essas preocupações podem afetar negativamente a transição do cuidado e sua qualidade. Portanto, é essencial abordar essas preocupações e fornecer recursos adequados durante esse período.
A ⁽²³⁾	Ensaio clínico randomizado; Amostra: 2.904 pacientes.	Os resultados incluíram a redução de readmissões hospitalares com o programa de cuidados. Isso envolveu um plano de transição, avaliações por telefone e visitas domiciliares. Os pacientes do programa tiveram menos readmissões em 30 dias após a alta em comparação com o grupo de cuidados convencionais.	A equipe de enfermeiros especializados foi essencial na transição de cuidados, reduzindo readmissões. As ligações telefônicas de acompanhamento foram cruciais para melhorar o cuidado pós-alta.
A ⁽²⁴⁾	Observacional prospectivo; Amostra: Grupo intervenção 81 pacientes, e grupo controle registro de 740 pacientes.	<i>Neurocare</i> , serviço de enfermagem neurológica comunitária da Austrália, gerou economia total de custos do hospital de A\$ 101.639 por ano e A\$ 275/paciente/ano. Não houve diferença significativa no tempo de internação hospitalar, mas a idade avançada foi associada a maior tempo de internação hospitalar e a um preditor de readmissões não neurológicas.	O modelo de cuidados de transição liderado por enfermeiros para pacientes neurológicos gerou economia e retorno positivo do investimento. Houve melhora funcional, redução na necessidade de equipamentos/serviços e melhor qualidade de vida. Os pacientes se sentiram envolvidos no autogerenciamento de sua condição com cuidados pós-alta.
A ⁽²⁵⁾	Método misto prospectivo com pré-teste/pós-teste; Amostra: 25 participantes idosos.	Os participantes tinham vários fatores de risco para AVC. A intervenção integrada de cuidados transicionais para AVC teve uma taxa de aceitabilidade de 89%, com uma média de 4,73 visitas domiciliares em 6 meses, principalmente lideradas por terapeutas ocupacionais, com outros profissionais também envolvidos: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e enfermeiro.	A intervenção foi viável e aceitável tanto para os idosos como para os prestadores. Desde o início até seis meses, não houve diferença estatisticamente significativa nos resultados de saúde (escalas de autoeficácia, depressão, transtorno de ansiedade e qualidade de vida). No entanto, houve uma redução significativa no uso total por pessoa e nos custos dos serviços de saúde.

Figura 2 – Caracterização dos estudos incluídos por autor, tipo de estudo/amostra, principais resultados e resultados da transição (n=12). Barra do Garças, MT, Brasil, 2023

Em 12 artigos obtidos em periódicos e dois capítulos de livros selecionados, a busca foi direcionada ao plano de alta para pessoa idosa no período transicional do hospital para o domicílio, do qual se depreende que as propostas utilizadas na prática ainda necessitam de maior acompanhamento desse grupo populacional, com registros das condições das pesso-

as, do ambiente que vivem e dos recursos dos serviços de saúde.

A Figura 4 apresenta dois capítulos de livros selecionados, traduzidos para o português, referência na enfermagem. Ambas as obras oferecem perspectivas sobre o manejo do AVC, desde a fase crítica até a transição para cuidados domiciliares (Figura 3).

Referência	Informações sobre a obra	Principais dados da transição do cuidado
A ⁽²⁶⁾	<p>Trata-se de um livro de enfermagem norte-americano, focado na prática da enfermagem médico-cirúrgica.</p> <p>O capítulo 62 aborda os distúrbios vasculares cerebrais, incluindo incidência, fatores de risco, medidas preventivas e impacto. Discute-se a classificação do AVC (acidente vascular cerebral) em isquêmico e hemorrágico, com suas causas, manifestações clínicas e manejo. Também são abordados os princípios do manejo de enfermagem para pacientes em estágio crítico de AVC isquêmico. Além disso, são detalhadas estratégias de cuidados e orientações para pacientes e familiares. Por fim, aborda a promoção de cuidados domiciliar, comunitário e de transição do AVC.</p>	<p>Transição de Cuidado para acidente vascular cerebral (AVC) Isquêmico: orientação sobre autocuidados e restrições necessárias durante a fase crítica; orientação adicional sobre estratégias de autocuidado e processo de reabilitação; uso de dispositivos auxiliares e modificações no ambiente domiciliar para viver com a incapacidade.</p> <p>Transição de Cuidado para AVC Hemorrágico: orientação para prevenção de outro AVC e manter consultas de acompanhamento; encaminhamento para cuidado domiciliar, comunitário ou de transição para avaliar ambiente domiciliar e capacidade do paciente; monitoramento do estado físico e psicológico do paciente e capacidade da família de enfrentar alterações.</p>
A ⁽²⁷⁾	<p>Trata-se de um livro de enfermagem norte-americano, focando em práticas de enfermagem em diversos ambientes de cuidados de saúde.</p> <p>O capítulo 15 aborda o AVC.</p> <p>O texto se concentra em informações importantes para enfermeiros e profissionais de saúde sobre a avaliação, cuidados e intervenções relacionadas ao AVC. Fornece informações sobre os fatores de risco associados e descreve os sinais e sintomas comuns, incluindo fraqueza, dormência, dificuldade na fala, alterações de consciência e dor de cabeça intensa. Aborda a importância da avaliação rápida do paciente com suspeita de AVC, incluindo a realização de exames neurológicos, testes de imagem e avaliação do estado geral do paciente, e as intervenções imediatas necessárias. Além disso, enfatiza a prestação de cuidados de enfermagem apropriados, a importância da educação do paciente e da família sobre a doença, seu tratamento, prevenção de recorrências e mudanças no estilo de vida.</p>	<p>Cuidado de transição: é o conceito que assegura a coordenação e a continuidade da assistência quando um paciente passa de um ambiente de cuidado para outro.</p> <p>Cuidados pós-AVC: os enfermeiros desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados contínuos, reabilitação e educação do paciente e da família sobre a prevenção de AVC recorrente e os cuidados apropriados. Comunicação interdisciplinar: a colaboração com outros profissionais de saúde é essencial para garantir a prestação de cuidados abrangentes e eficazes.</p> <p>Considerações sobre atendimento domiciliar: enfatiza exercícios passivos de amplitude e movimento, prevenção de deformidades com alongamentos e fortalecimento, monitorar sinais de depressão e apoiar a família do paciente.</p> <p>Educação do paciente e manutenção da saúde: educar paciente e família sobre adaptações, descanso, ambiente calmo, dispositivos de ajuda, manejo da afasia, modificação de estilo de vida e apoio.</p>

Figura 3 – Caracterização dos registros incluídos da literatura cinzenta. Barra do Garças, MT, Brasil, 2023

Discussão

Explorar o conhecimento produzido na literatura sobre a transição do cuidado da pessoa idosa pós-AVC do hospital para o domicílio se revela como um processo meticuloso, dada a complexidade global dessa problemática.

A literatura aponta que a transição de cuidados para idosos após AVC enfrenta desafios significativos. Até 60% dos idosos hospitalizados por AVC recebem alta diretamente para casa, necessitando de reabilitação contínua na comunidade⁽⁸⁾. Outro estudo revela que a transição de cuidado é frequentemente inadequada, com uma taxa de readmissão de 17,4% em

30 dias nessa população⁽²⁸⁾. Possuem desafios como acesso limitado a serviços pós-agudos, educação ineficaz sobre o AVC e desorganização dos serviços comunitários⁽²⁹⁾. Apesar da disponibilidade de serviços de cuidados pós-alta em muitos países desenvolvidos, esses serviços muitas vezes carecem de padronização, sendo fragmentados, dificultando a recuperação e reintegração dos sobreviventes de AVC e de seus cuidadores⁽³⁰⁾.

Na prática profissional cotidiana, observa-se que, após ser atendida no serviço de saúde, a pessoa idosa recebe alta hospitalar. Embora o acompanhamento pós-atendimento hospitalar seja geralmente conduzido por profissionais médicos, a falta de acesso à educação em saúde em seu ambiente de cuidado é uma realidade comum. Isso dificulta a compreensão da doença, suas complicações na rotina diária, e a aprendizagem sobre o autocuidado ou a necessidade de assistência por parte de terceiros.

Nesse contexto, a transição do ambiente hospitalar para o domicílio emerge como um período crítico. A falta de suporte adequado nesse momento pode resultar em desafios complexos, sobrecarregando os cuidadores e aumentando o risco de readmissões^(23,27). Um estudo analisou as causas de readmissão em pacientes que receberam alta pós-AVC nas unidades especializadas do sudoeste da Inglaterra, e destacou a importância fundamental do plano de alta para minimizar essas readmissões⁽⁹⁾. Ademais, o recebimento de um plano de cuidados de alta foi associado a uma maior probabilidade de comparecimento às consultas de acompanhamento pós-alta⁽²¹⁾. A redução de complicações e readmissões hospitalares é um resultado positivo da transição de cuidados bem gerenciada, podendo levar a uma melhor alocação de recursos e uma redução do impacto econômico no sistema de saúde.

Para desenvolver um plano de alta eficaz, o enfermeiro inicia o processo avaliando as necessidades e riscos do paciente pós-AVC, especialmente no contexto domiciliar⁽¹⁹⁾. É imperativo que o plano de alta contenha informações que elucidem as reper-

ações específicas do AVC. Além disso, o enfermeiro deve abordar questões cruciais, tais como o risco de infecções, quedas e lesões por pressão, complicações intrínsecas ao quadro pós-AVC. Essa abordagem visa assegurar uma transição mais segura para o ambiente domiciliar⁽¹⁸⁾.

O enfermeiro é responsável por ensinar o paciente e o cuidador sobre a utilização da Rede de Atenção à Saúde, para que este continue recebendo cuidados por uma equipe de saúde. A falta de comunicação clara e consistente entre a equipe de saúde e o cuidador da pessoa idosa é um obstáculo para a transição do cuidado adequada⁽¹⁵⁾. Nessa perspectiva, ressalta-se a importância da comunicação e acesso a cuidados para uma abordagem mais abrangente e integrada entre as equipes de saúde, cuidador e a pessoa idosa, visando garantir uma transição de cuidado bem-sucedida^(16,18,27) buscando a integralidade do cuidado nos serviços de saúde, formando uma rede de cuidado⁽¹⁵⁾.

Os sobreviventes de AVC enfrentam dificuldades para se reintegrar à comunidade após a alta hospitalar, devido à falta de apoio e recursos, dificuldades de mobilidade e de acesso aos serviços de saúde, restrições financeiras e falta de compreensão e apoio da família e comunidade⁽¹⁸⁾. Com base nisso, o plano de alta do enfermeiro inclui oferecer informações sobre serviços de saúde comunitários e grupos de apoio.

Um dos elementos essenciais do planejamento de alta ideal envolve a participação ativa do paciente e dos cuidadores como parceiros integrais do processo educacional. É necessário que todos os envolvidos estejam prontos para as adaptações e mudanças que podem ocorrer por meio da implementação de estratégias de enfrentamento, aprendizagem e suporte⁽³¹⁾. Isso destaca a importância de programas de suporte e treinamento para cuidadores, a fim de prepará-los para os desafios da transição do cuidado e para evitar a sobrecarga do cuidador. Alguns autores afirmam que, para educar pacientes e cuidadores, devem ser considerados seus conhecimentos sobre saúde, habilidades e preferências. Sendo necessário utilizar recursos como linguagem simples, intérpretes, demons-

trações ou materiais escritos, com base na avaliação de suas habilidades^(13,32). O processo educacional envolve o fornecimento de informações claras e coerentes sobre a condição de saúde, limitações físicas, emocionais, sociais, bem como desafios no processo de cuidado^(18,22).

As principais dúvidas de cuidadores e pacientes com diagnóstico de AVC foram: alimentação, administração de medicamentos, possíveis complicações clínicas após a alta, condição de saúde e cuidados com o corpo. Com base nisso, é fundamental ensinar os cuidadores a: aferir e registrar sinais vitais; identificar sintomas de alerta, tais como alterações repentinas na fala, fraqueza ou paralisia em um lado do corpo; conhecer detalhes sobre os medicamentos prescritos; oferecer orientações sobre os cuidados com a pele para prevenção de lesões por pressão e higiene adequada^(9,20,31,33). As melhorias na autogestão e na funcionalidade física indicam que a transição de cuidados pode levar a uma melhor qualidade de vida para os pacientes com AVC e seus cuidadores.

Além dos desafios dos cuidados físicos, a falta de suporte pode impactar negativamente nos sobreviventes e cuidadores. O cuidado após um AVC representa período delicado para os envolvidos⁽¹⁵⁾, levando a sentimentos de incerteza e ansiedade⁽¹³⁾ devido às alterações abruptas na rotina diária e à necessidade de adaptação à nova realidade, resultando em casos de esgotamento emocional e sobrecarga de cuidados⁽³³⁾. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de atenção adequada à dimensão emocional dos pacientes pós-AVC e cuidadores^(9,15,18-19).

Salienta-se que um protocolo qualifica a transição do cuidado após alta hospitalar, auxiliando os enfermeiros na prática assistencial. Entretanto, vários estudos realizados com sobreviventes do AVC e seus cuidadores evidenciaram a necessidade de abordagens mais personalizadas e centradas no paciente^(15,22,23). A ênfase em abordagens centradas no paciente e soluções personalizadas indica que uma transição de cuidados de qualidade requer uma compreensão profunda das necessidades e experiências

individuais dos pacientes. Assim, a alta hospitalar após um AVC representa marco significativo, demandando atenção especial para garantir a transição segura e eficaz⁽²¹⁻²⁴⁾. Nessa direção, os enfermeiros desempenham uma função necessária no planejamento de alta, fornecendo educação em saúde tanto ao paciente quanto à família^(8-9,21). Isso sugere que investir em recursos e treinamento para melhorar a qualidade e a implementação dos planos de alta é fundamental para uma transição de cuidados eficaz.

Os hospitais de referência para AVC são frequentemente equipados com serviços de enfermeiros navegadores, permitindo uma melhoria na qualidade da assistência nos cuidados pós-agudos do AVC, além de proporcionar maior satisfação dos pacientes⁽²²⁾. No entanto, não houve diferença significativa no tempo de permanência hospitalar entre os grupos que receberam os cuidados de um serviço de enfermeiros navegadores e os cuidados usuais⁽²⁰⁾. Vários estudos tentaram abordar essas preocupações dos cuidados pós-agudos do AVC, testando uma variedade de intervenções, incluindo o uso de enfermeiros ou assistentes sociais navegadores. No entanto, esses esforços possuem resultados variados. A ampla gama de intervenções testadas também reflete um dos muitos desafios da pesquisa sobre cuidados de transição⁽²⁹⁾. Isso sugere que mais estudos sejam realizados sobre a transição de cuidados liderada por enfermeiros navegadores para pacientes sobreviventes de AVC.

Uma transição de cuidados bem-planejada e gerenciada pode levar a resultados positivos para os pacientes com AVC, melhorando a funcionalidade, a autogestão e a qualidade de vida, ao mesmo tempo, em que reduz custos e complicações para o sistema de saúde.

Limitações do estudo

Considerando a prevalência do AVC na população idosa e a necessidade premente de programas de transição de cuidado efetivo para a continuidade do cuidado no domicílio, destaca-se como uma das

limitações dos estudos: os autores identificados na revisão de escopo não detalham os programas para estes serem replicados em outros serviços de saúde. A heterogeneidade dos estudos dificultou a síntese dos resultados. Além disso, a revisão de escopo pode não ter fornecido análises detalhadas de cada estudo, e a variedade do tamanho da amostra pode ter afetado a generalização dos resultados. Outra limitação foi a exclusão de artigos em idiomas não especificados.

Contribuições para a prática

O estudo lança luz sobre lacunas na literatura acerca da transição do cuidado no pós-AVC. Nesse sentido, as evidências descritas podem auxiliar na construção de medidas mais efetivas para o aprimoramento da assistência prestada a indivíduos que necessitam fazer a transição de cuidados do hospital para o domicílio.

Conclusão

Identificou-se que a literatura apresenta abordagens pouco detalhadas sobre o planejamento e a implementação dos planos de alta para pessoas idosas acometidas de acidente vascular cerebral. Os estudos destacaram a necessidade de considerar as condições gerais da pessoa idosa, o contexto ambiental e os recursos disponíveis na rede de atenção à saúde. Elucida-se ainda a necessidade de protocolos e cuidados individualizados para reduzir ou sanar possíveis sequelas pós-acidente vascular cerebral, contudo, a maioria dos estudos que fomenta estas práticas é de países desenvolvidos, ressaltando a lacuna a ser preenchida no Brasil em relação ao acompanhamento pós-hospitalar.

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; responsabilidade por todos os aspectos do texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte do manuscrito: Coêlho WG, Matiello FB, Bento DYK, Mendes KDS, Fernandes DS, Rodrigues RAP. Concepção e desenho ou análise e interpretação dos dados; Aprovação final da versão a ser publicada; Responsabilidade por todos os aspectos do texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte do manuscrito: Braga PG.

Referências

1. Figueiredo AE, Ceccon RF, Figueiredo JH. Chronic non-communicable diseases and their implications in the life of dependent elderly people. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(1):77-88. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>
2. Cavalcanti LL, Veiga DAS, Nascimento ML, Fonseca YKL, Prado Filho GC, Figueiredo FJG, Lira RC, Assis EV. Condições de saúde e estilo de vida em indivíduos com hipertensão arterial sistêmica. *Rev Foco*. 2023;16(12):e3795. doi: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n12-133>
3. Martins TCF, Silva JHCM, Máximo GC, Guimarães RM. Transition of morbidity and mortality in Brazil: a challenge on the thirtieth anniversary of the SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(10):4483-96. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>
4. Pimentel BN, Filha VAVS. Evaluation of vestibular and oculomotor functions in individuals with dizziness after stroke. *Arq Neuropsiquiatr*. 2019;77(1):25-32. doi: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20180154>
5. Santos LB, Waters C. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Braz J Dev*. 2020;6(1):2749-75. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n1-198>
6. Souza PB, Mantovani MF, Peres AM, Marcon SS, Madureira AB, Gevert VG. Case management for people with stroke: quase-experimental study. *Cogitare Enferm*. 2022;27:e81759. doi: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.81759>
7. Reis MF, Chaoubah A. Expenditures from the unified health system and the general social security due to stroke: Brazil, 2020. *J Stroke*

- Cerebrovasc Dis. 2024;24(2):e14884. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e14884.2024>
8. Markle-Reid M, Fisher K, Walker KM, Beauchamp M, Cameron JI, Dayler D, et al. The stroke transitional care intervention for older adults with stroke and multimorbidity: a multisite pragmatic randomized controlled trial. *BMC Geriatr*. 2023;23(1):687. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12877-023-04403-1>
 9. Gordon C, Davidson H, Dharmasiri M, Davies T. Factors associated with emergency readmissions after acute stroke: A retrospective audit of two hospitals. *J Eval Clin Pract*. 2023;29(1):158-65. doi: <https://doi.org/10.1111/jep.13753>
 10. Miller KK, Lin SH, Neville M. From hospital to home to participation: a position paper on transition planning poststroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019;100(6):1162-75. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.10.017>
 11. Lee JY, Yang YS, Cho E. Transitional care from hospital to home for frail older adults: A systematic review and meta-analysis. *Geriatr Nurs*. 2022;43:64-76. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.003>
 12. Aromataris E, Munn Z. JBI manual for evidence synthesis: Joanna Briggs Institute. JBI [Internet]. 2020 [cited May 4, 2024]; Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>
 13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
 14. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* [Internet]. 2016 [cited May 4, 2024];5:1-10. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13643-016-0384-4>
 15. 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(spe):216-24. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700027>
 16. McNair ND. The projected transition trajectory for survivors and carers of patients who have had a stroke. *Nurs Clin North Am*. 2019;54(3):399-408. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.04.008>
 17. Lindblom S, Flink M, Sjöstrand C, Laska A-C, von Koch L, Ytterberg C. Perceived quality of care transitions between hospital and the home in people with stroke. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(12):1885-92. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.042>
 18. Govender P, Bricknell K, Naidoo D, Message H, Njoko S, Ayob Z. 'No one prepared me to go home': Cerebrovascular accident survivors' experiences of community reintegration in a peri-urban context. *Afri J Prim Health Care Fam Med*. 2019;11(1):e1-e8. doi: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1806>
 19. Santos NO, Predebon ML, Bierhals CCBK, Day CB, Machado DO, Paskulin LMG. Development and validation a nursing care protocol with educational interventions for family caregivers of elderly people after stroke. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl.3):e20180894. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0894>
 20. Zimmerman WD, Grenier RE, Palka SV, Monacci KJ, Lantzy AK, Leutbecker JA, et al. Transitions of care coordination intervention identifies barriers to discharge in hospitalized stroke patients. *Front Neurol*. 2021;12:573294. doi: <https://dx.doi.org/10.3389/fneur.2021.573294>
 21. Polhill E, Kilkenny MF, Cadilhac DA, Lannin NA, Dalli LL, Purvis T, et al. Factors associated with receiving a discharge care plan after stroke in australia: a linked registry study. *Rev Cardiovasc Med*. 2022;23(10):328. doi: <https://dx.doi.org/10.31083/j.rcm2310328>
 22. Camicia M, Lutz B, Summers D, Klassman L, Vaughn S. Nursing's role in successful stroke care transitions across the continuum: from acute care into the community. *Stroke*. 2021;52(12):e794-e805. doi: <https://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.033938>
 23. Condon C, Lycan S, Duncan P, Bushnell C. Reducing readmissions after stroke with a structured nurse practitioner/registered nurse transitional stroke program. *Stroke*. 2016;47(6):1599-

604. doi: <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.012524>
24. Pugh JD, McCoy K, Needham M, Jiang L, Giles M, McKinnon E, et al. Evaluation of an Australian neurological nurse-led model of postdischarge care. *Health Soc Care Community*. 2022;30(4):e962-e73. doi: <https://doi.org/10.1111/hsc.13498>
25. Markle-Reid M, Valaitis R, Bartholomew A, Fisher K, Fleck R, Ploeg J, et al. An integrated hospital-to-home transitional care intervention for older adults with stroke and multimorbidity: A feasibility study. *J Comorb*. 2020;10:2235042X19900451. doi: <https://doi.org/10.1177/2235042X19900451>
26. Hinkle JL, Cheever KH, Overbaugh KJ. Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2023.
27. Nettina SM. Prática de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021.
28. Dong C, Gardener H, Rundek T, Marulanda E, Gutierrez CM, Campo-Bustillo I, et al. Factors and behaviors related to successful transition of care after hospitalization for ischemic stroke. *Stroke*. 2023;54(2):468-75. doi: <http://doi.org/10.1161/STROKEAHA.122.040891>
29. Reeves MJ. COMPASS trial in transitional stroke care: navigating toward struenorth. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2020;13(6):e006745. doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.120.006745>
30. Chen L, Xiao LD, Chamberlain D, BBus PN. Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: A systematic review. *J Clin Nurs*. 2021;30(19-20):2786-807. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.15807>
31. Seeber F, Peixer C, Kanan LA, Masiero AV. Hospital discharge process for people with brain vascular accident: a narrative literature review. *Res Soc Devel*. 2022;11(1):e36911125016. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25016>
32. Luther B, Wilson RD, Kranz C, Krahulec M. Discharge processes: What evidence tells us is most effective. *Orthop Nurs*. 2019;38(5):328-33. doi: <http://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000601>
33. Silva DN, Melo MFX, Duarte ÉMM, Borges AKP. Cuidados de enfermagem à vítima de acidente vascular cerebral (AVC): Revisão integrativa. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2019(36):e2156-e. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e2136.2019>



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