

Cuidados Paliativos: o necessário para o idoso com acidente vascular encefálico

Palliative Care: the need for the elderly with stroke

Sônia Maria Dorta Ferreira

RESUMO: A expectativa de vida do ser humano tem aumentado nas últimas décadas, o que vem exigindo o avanço da qualidade dos cuidados destinados a pessoas com fragilidades, especialmente em decorrência do crescimento considerável das doenças crônicas. Dentre essas doenças, destaca-se o acidente vascular encefálico (AVE) que acomete grande parte da população idosa, ocasionando perdas e sequelas significativas. Formas inovadoras quanto à essência do cuidar devem ser estudadas e praticadas em nossa sociedade, reconhecendo-se como exemplar nesse sentido a intervenção em cuidados paliativos, que pode melhorar a qualidade de vida e confortar uma pessoa nos seus últimos dias. Nessa direção, objetiva este trabalho enfatizar a necessidade e o valor dos cuidados paliativos para a pessoa idosa com AVE e, para tal, foi realizado um levantamento da pesquisa científica sobre a temática nas principais revistas indexadas. Os resultados indicaram um número limitado de produção científica a esse respeito, assim como se verifica a escassez de serviços que assistam os idosos no final da vida, evidenciando ainda o desconhecimento dos serviços de cuidados paliativos à maior parte dos doentes e suas famílias. Os dados mostram que são múltiplos os sintomas físicos e psicológicos que comprometem a qualidade de vida dessas pessoas em terminalidade, e que a comunicação é essencial nas relações entre paciente, cuidador, família e equipe de saúde. No caso de idosos com AVE, a presença dos Cuidados Paliativos torna-se ainda mais relevante na relação desses pacientes com familiares e

outros profissionais. Trabalhos futuros envolvendo os variados aspectos dos Cuidados Paliativos são necessários, para que se possa assegurar um atendimento mais competente e efetivo a essa população.

Palavras-chave: Cuidado Paliativo; Idoso; Acidente Vascular Encefálico.

***ABSTRACT:** The life expectancy of human beings has increased in recent decades, in consequence of considerable growth of the chronic diseases, among them stroke that affects much of the elderly population leaving them with losses and significant sequelae. Innovative ways are needed in the essence of caring as a palliative care intervention that can improve the quality of life in terminally ill. The aim of this study was to identify the need for palliative care for the elderly with stroke. A survey of scientific research was realized in major journals. The results indicated a limited number of scientific production, a shortage of services that assist these seniors at the end of life and suggested that most patients and their families are unaware of palliative care services. The data showed that there are multiple physical and psychological symptoms that compromises the quality of life of these people and that communication is essential for the patient, caregiver, family and healthcare team. The inclusion of palliative care in existing studies showed that improves the quality and comforts the elderly in the last days of life. It was concluded that palliative care presence is relevant Care for elderly patients with stroke and their families at the end of life and future work is needed to serve this population.*

Keywords: Palliative Care; Elderly; Stroke.

Introdução

A longevidade, nas últimas décadas, passou a ser uma conquista do ser humano, que coincide com a fase mais estendida da vida, a velhice, juntamente, porém, na maior parte das vezes, a um aumento significativo de doenças crônicas. A sociedade brasileira, que cultua a juventude e a beleza, considera a velhice como um fardo; nessa direção, envelhecer implica senilidade, lidar com perdas e dar-se conta da indesejada finitude; assim é que uma cultura configurada dessa forma acabe por desvalorizar e limitar os

conhecimentos e experiências obtidos pela pessoa idosa em todo um percurso de vida. De forma similar, deixa-se de registrar, por parte das políticas públicas e da sociedade civil, investimentos mais massivos para o período final de vida, em termos de cuidados paliativos, que minorem o sofrimento e a dor, na terminalidade (Motta, 2006).

Contrariando a perspectiva equivocada da velhice ainda manifesta na sociedade, e considerando os tratamentos adequados para esse momento da existência, surgem experimentações de novas vivências, que interferem beneficentemente na qualidade de vida de uma pessoa e que dependem, por exemplo, de novas formas de conceber a morte e o morrer (Burlá, 2006), demandando também uma abordagem ampla e dinâmica desses processos especialmente por parte dos profissionais de saúde, que precisam estar a par dos acontecimentos especialmente os ligados aos seres de quem cuida, dentro de sua área de especialidade.

Dessa forma, verifica-se que o perfil demográfico do Brasil tem mostrado transformações no modelo etário da população, conforme o evidenciou o Censo 2008, do Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE) que, associado a dados epidemiológicos do Ministério da Saúde (MS), em 2010, fazem ver a transição do perfil de morbidade e de mortalidade da população brasileira, com diminuição progressiva das mortes por doenças infecciosas e parasitárias, em contraposição a um aumento considerável das mortes por doenças crônicas, com alta prevalência das doenças cardiovasculares, que, em 1930, era de 10%, passando para 32% em 2005.

Dentre as doenças cardiovasculares, o acidente vascular encefálico (AVE), focado aqui neste estudo, apresenta-se como a principal causa de doença incapacitante no mundo, o que representa um grave problema de saúde pública. O AVE isquêmico, mais comum em idosos, corresponde a 80% dos casos e o AVE hemorrágicos, aos demais 20% (Py, 2006).

Na maioria dos países desenvolvidos o AVE representa a terceira causa de mortalidade, ficando atrás apenas das neoplasias e das doenças coronarianas. No Brasil, as informações destacam o AVE como uma das maiores causas de mortalidade (Py, 2006), o que foi justificado pelos dados nacionais disponíveis pelo Ministério da Saúde de que, em 2010, foram registrados 99.159 óbitos devidos a essa doença e, em 2011, foi esta responsável por 172.298 internações.

Segundo Py (2006), esse cenário com a presença da longevidade praticamente em todos os países, a questão do AVE assume maior relevância em relação a fatores como idade e incidência: o AVE pode ocorrer em todas as faixas etárias, sabendo-se,

porém, que há um aumento significativo da sua ocorrência a partir dos sessenta anos de idade; com relação à incidência, estima-se a AVE em 30 dos 100.000 habitantes abaixo de 44 anos e em 1.230 dos 100.000 habitantes acima de 75 anos.

Para enfrentar essa epidemia silenciosa que ocorre no mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a adoção de medidas urgentes para a prevenção e a terapêutica do AVE. Dada a importância, o Ministério da Saúde, com o objetivo de colocar o tema em relevância na sua agenda global de saúde, ampliou a assistência às vítimas de AVE, através do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da portaria 665/2012. Essas políticas de ação global são necessárias para firmar um pacto social, principalmente para a pessoa idosa que se depara com um contexto de diferenças: sociais, culturais, étnicas, econômicas e de saúde, que atingem aqueles próximos a sua finitude e que vivenciam o processo de morte e o morrer, estendendo-se o sofrimento aos pacientes, familiares e profissionais.

Iniciou-se, então, um novo conceito de cuidar: não apenas o de curar, mas o cuidar com foco no paciente, especialmente aquele em situação de terminalidade, a que se chamou de *Cuidados Paliativos*. Estes passam a ser considerados como uma filosofia, que demanda abordagem multidisciplinar, com profissionais de saúde especializados, com olhar para o paciente, a família e a comunidade. Objetiva aliviar as expectativas, assim como as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, em integração com valores culturais, religiosos, crenças e práticas (Melo, 2012).

De acordo com a OMS, os cuidados paliativos significam “*uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras à continuidade da vida, e por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual*”.

Os princípios de cuidados paliativos são justificados por proporcionar ao paciente alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; afirma a vida e respeita a morte como um processo natural; integra os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente. A família oferece um sistema de apoio durante o processo da doença e o aconselhamento a perdas e ao luto, se indicado, usa uma abordagem de equipe para atender às necessidades de pacientes e suas famílias, podendo influenciar positivamente na evolução da doença (Matsumoto, 2009).

Se engajados no início do curso da doença, em conjunção com outras terapias, destinadas a prolongar a vida, concebidos dessa forma, os cuidados paliativos inovam o cuidado em sua essência.

Esta pesquisa tem como foco a pessoa idosa comprometida seriamente pelo AVE, que, na maioria das vezes, sobrevive com sequelas várias, que interferem na qualidade de vida, ocasionam perdas na autonomia e na independência, geram sofrimento, dificultando os últimos dias de vida. O objetivo desta pesquisa foi, pois, identificar a necessidade de cuidados paliativos para a pessoa idosa com AVE, em função de toda a sua problemática, e considerando sobremaneira seu contexto familiar-social.

Métodos

Foi realizada uma revisão sistemática por meio de levantamento dos principais artigos científicos publicados, nos últimos 05 anos, quando foram utilizadas as bases de dados PUBMED, LILACS, MEDLINE e DEDALUS. Os descritores utilizados segundo a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da Bireme (DECs) foram: “Cuidados Paliativos”, “Idoso” e “Acidente Vascular Encefálico”. Utilizados como critério de inclusão, tais descritores tinham que aparecer nas pesquisas especificamente no título e/ou no resumo. Todas as pesquisas que não apresentassem esse critério foram excluídas.

Resultados

A análise dos dados levantados na pesquisa atual indicou um número reduzido de produções científicas que abordavam a necessidade de cuidados paliativos para pessoa idosa com o AVE, como já afirmaram Steven *et al.* (2007); este indicou a escassez de dados no que diz respeito à distinção entre prestação de serviços de cuidados paliativos para pacientes que morrem com AVE na fase aguda ou na sua fase crônica.

Ainda, nessa pesquisa, os resultados mostraram que o serviço de cuidados paliativos era em sua maioria desconhecido pelos pacientes com AVE e seus familiares (Steven, 2007). Em um Serviço de Emergência voltado para idosos gravemente doentes,

os pesquisadores referiram que a principal intervenção de cuidados paliativos deveria ser adaptada à necessidade do paciente, já que visa simultaneamente ao cuidado integral à pessoa e à família (Grudzen, 2010).

A necessidade de cuidados paliativos em pacientes hospitalizados e comprometidos pelo AVE também foi demonstrada em um estudo inglês por Burton, (2010). O tempo de permanência de idosos americanos em casas de repouso no fim de vida foi diretamente relacionado com a patologia de base. Pacientes com diagnóstico de câncer apresentaram menor tempo de permanência, quando comparados com uma doença crônica como o AVE (Kelly, 2010). Em decorrência do perfil de morbimortalidade observado nas instituições de longa permanência para idosos, os resultados indicaram que 86% dos idosos necessitavam de cuidados paliativos, sendo que a principal comorbidade responsável pela internação em cuidados paliativos foi o AVE (34,7%), na pesquisa de Luchetti (2009).

Em nível ambulatorial Holloway *et al.* (2010) mostraram um crescente aumento nas consultas de cuidados paliativos para pacientes com AVE e que essa população é distinta da população geral de cuidados paliativos, em relação à idade quando comparado às outras doenças.

A recomendação agora é de que, quando a morte é iminente, terapias curativas devem ser evitadas, passando-se a ter como meta a terapia paliativa que se concentra em reduzir as causas de angústia e sofrimento. Dos pacientes que sobrevivem a um AVE grave, muitos ficam restritos em seu estado motor e cognitivo, estabilizam com enormes *déficits* neurológicos em longo prazo. Os dados de uma outra pesquisa indicaram uma falta de controle dos sintomas nesse momento da vida; portanto, pode-se presumir que os sintomas sejam frequentemente subestimados naquele em estado terminal (Wormland, 2008).

Nesse cenário complexo, em seus estudos, Addington-Hall (1995) mostrou que o paciente com AVE sofre sintomas físicos e mentais múltiplos; em sua amostra, os pacientes, no seu último ano de vida, tiveram experiência de dor (65%), confusão mental (51%), mau humor (57%) e incontinência urinária (56%). O tratamento do controle da dor foi considerado inadequado, pois quase metade dos pacientes relatou um alívio apenas parcial da dor (45%).

Passados mais de 15 anos, outro estudo mostrou que metade da amostra dos doentes relatou vários sintomas significativos como: fadiga, fraqueza, cansaço,

sonolência, dor, ansiedade, mau humor, perda de memória, cefaleia, inquietação ou incontinência urinária. 70% da amostra referiu problemas como “sentir tudo como um esforço”, e 40% referiram medo moderado de queda, o que se reflete na prevalência de fadiga relacionada a preocupações (Burton, 2010).

Os sintomas mais prevalentes, segundo Mazzocato *et al.* (2010), em sua pesquisa, foram a dispneia (81%) e a dor (69%); para o alívio desses sintomas foram utilizados tratamentos farmacológicos: para queixas respiratórias, drogas anti-muscarínicos (52%), e os opioides (33%); para dor, foram empregados os opioides (69%). Wormland (2008), em sua pesquisa, afirma que, nas últimas 48 horas de vida, 81% dos pacientes estavam livres de dor e 48% do desconforto respiratório.

Com a intenção de aliviar os sintomas relacionados ao AVE grave, as medidas paliativas podem e devem seguramente ser realizadas, em paralelo com a terapia de reabilitação intensiva.

Essa doença, o AVE, significa para o idoso a perda de autonomia e de independência, como sugerem Holloway *et al.* (2010), que descreveram em sua pesquisa que a maioria dos pacientes (83%) apresentou ausência de autonomia, no que diz respeito a participar de tomada de decisão sobre seus cuidados de saúde. Para Addington-Hall *et al.* (1995), que focaram sua pesquisa nos cuidadores, familiares e vizinhos, seus achados foram que parte da amostra (25%) percebeu que o paciente não tinha autonomia na escolha do seu tratamento e que 20% foram incapazes de obter todas as informações que esperavam sobre a condição do paciente. Ainda em outro estudo, boa parte da amostra de pacientes (66%) estava preocupada com relação à dependência e a incapacidade, sendo que a metade estava preocupada com o impacto do AVE em seus familiares e na sua rede social de apoio (Burton, 2010).

Faz sentido desenvolver um plano de tratamento individualizado, sintoma orientado que deve beneficiar com a inclusão e adaptação dos familiares e dos cuidadores no curso da doença. Para esse envolvimento, é necessária a comunicação, na busca de compreender o paciente em sua condição limitada. No entanto, um pequeno detalhe na tomada de decisão do paciente, se quer ou não o uso da terapia paliativa, a sua finitude pode ser digna com uma sensata experiência nos últimos dias de vida (Wormland, 2008).

Burton (2010) em seu estudo sugere que, entre pacientes com AVE, familiares e equipe de cuidados paliativos perceberam-se alguns distúrbios na comunicação (em 80%).

Para Mazzocato *et al.* (2010), as dificuldades ou incapacidades de comunicação do paciente foram causadas pela afasia ou pela alteração do nível de consciência o que estava presente na maioria da amostra (93%).

Conforme Wormland (2008), a limitação de opções de diálogo requer a empatia do profissional na sua tentativa de induzir a comunicação a fim de promover a inclusão consistente de membros familiares e da equipe multiprofissional de saúde. Esse estudo mostrou que o apoio familiar foi sentido como suficiente (80%) na maioria dos pacientes hospitalizados; portanto, não foram sentidos os impactos dos desafios enfrentados por pacientes e familiares durante a transferência dos cuidados e renegociar a vida com AVE em ambientes comunitários, comparado a uma minoria (20%) (Burton, 2010).

Blaquiere *et al.* (2009) referiram que as preocupações levantadas pelos familiares foram centradas em questões como hidratação e alimentação (45,7%); dúvidas sobre cuidados paliativos (27,8%); e o conforto do paciente (18,2%).

Wormland *et al.* (2008) afirmaram que o atendimento domiciliar esperado é integral com alcance coesivo e ajuste dos cuidados paliativos, ao estabelecerem uma boa comunicação e interação entre todos os profissionais envolvidos, com informação eficaz para cuidadores, familiares e profissionais de saúde.

De acordo com Kelly (2010), os cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida na terminalidade num contexto em casa de repouso de cuidados em longo prazo, obtiveram uma ampla variação no tempo de permanência da amostra.

Para Payne *et al.* (2010), na tentativa de identificar as experiências e as preferências de pacientes com AVE agudo e seus familiares para os cuidados ao fim da vida, apontaram, como resultado, a importância de melhorar a comunicação entre os familiares e profissionais de saúde.

A integração de princípios de cuidados paliativos, para abordar essas questões e facilitar o diálogo, abre possibilidades para discussões de questões sensíveis, incluindo os temores sobre a morte e o morrer (Burton, 2010).

Holloway *et al.* (2010), em seu estudo, mostraram que a metade das mortes dos doentes com AVE em cuidados paliativos foram causadas pela remoção de intervenções de suporte à vida. Demonstraram que as questões relativas à alimentação e a hidratação são temas frequentemente discutidos, como a nutrição artificial (47%), a nutrição natural (20%) e os fluidos intravenosos (14%), comparados a tópicos menos discutidos

como a traqueostomia (18%), os antibióticos (12%) e os procedimentos neurocirúrgicos (8%). Esses doentes experimentaram, ainda, a maior mortalidade hospitalar comparada com outros diagnósticos.

Outro estudo, realizado por Blaquiere *et al.* (2009), referiu que o tempo médio de admissão ao tratamento paliativo foi de 3,6 dias, com o tempo médio desde a admissão até a morte de 8,5 dias. A amostra total recebeu investigação e cuidados de conforto, e a maioria da amostra recebeu controle de sinais vitais (98,9%). Foram suspensos os medicamentos não paliativos (95,7%), a nutrição por sonda nasogástrica (96,8%) e fluidos intravenosos (87,2%). A maior parte da amostra foi tratada com fármacos como morfina (93,6%) e escopolamina (81,9%).

Além disso, Blaquiere *et al.* (2009) em seu estudo com pacientes hospitalizados, mostraram que 16% da amostra faleceu no hospital. A maioria era do gênero feminino, com idade média de 80 anos, a maior parte (90,4%) havia sido colocada sob cuidados paliativos, enquanto 9,6% estava recebendo tratamento ativo no momento da morte. A maioria dos AVE tendiam a ser de maior gravidade, resultando em perda de independência com comprometimento da deglutição, do autocuidado, da deambulação e da comunicação e compreensão.

Segundo Burton *et al.* (2010), seus dados indicaram que os pacientes com AVE grave são susceptíveis a estarem hospitalizados e necessitam dos cuidados paliativos, pois quase um em cada cinco pacientes dessa amostra expressou algum sentimento suicida. Parte da amostra (25%) apresentou preocupações com a morte ou o morrer, o que sugere a importância de oferecer oportunidade para os pacientes expressarem sua angústia.

Já Mazzocato *et al.* (2010) apontaram que as principais causas de morte em seu estudo foram complicações neurológicas nos pacientes (38%) e múltiplas complicações clínicas (36%), além de causas curativas específicas (26%).

Os cuidados paliativos devem ser considerados como um complemento respeitável que pode otimizar uma sensível tomada de decisão, minimizar os sofrimentos experimentado pelos pacientes e a suas famílias e, quando necessário, auxiliar a todos os envolvidos no processo da morte e o morrer (Holoway, 2010).

Discussão

Cuidado paliativo voltado para o idoso acometido pelo AVE, de acordo com o levantamento realizado na literatura existente, foi considerado um número restrito de produção científica, o que pode indicar que essa população tem recebido pouca atenção em vários setores governamentais no sentido de garantir o acesso dos cuidados paliativos de qualidade no final da vida.

No Brasil, a prática dos cuidados paliativos ainda é desconhecida pela maioria da população e inclusive pelos profissionais de saúde (Pessini, 2006; Ali, 2011). Contudo, é de conhecimento geral a carência de programas eficazes de prevenção e, principalmente, voltados para a assistência específica aos problemas dos idosos sob o ponto de vista físico, psiquiátrico, social e cultural. A necessidade de assistência é notada quando idosos acamados ou sequelados voltam para suas casas após alta hospitalar, onde há cuidadores despreparados para atendê-los em suas necessidades, criando-se uma situação de extrema ansiedade e angústia aos familiares (Ali, 2011).

Algumas pesquisas indicaram que, nos diversos ambientes hospitalares, como no pronto-socorro, na unidade de terapia intensiva, em instituição de longa permanência ou ainda no domicílio, a necessidade de utilizar as medidas paliativas foram justificadas pela elevada prevalência de dor e de outros sintomas que causam sofrimento e angústia, seja para o paciente, para sua família ou para a equipe que o assiste.

É importante esclarecer a ideia de que o amparo dado através dos cuidados paliativos significa redirecionar as medidas terapêuticas para aliviar o desconforto de qualquer natureza e, assim, contribuir para que o paciente não se sinta “esquecido” durante esse momento singular (Curi, 2009; Luchetti, 2009; Fonseca, 2010; Holloway, 2010).

Comumente as pessoas idosas, no último ano de vida, sofrem com vários sintomas, como mostraram as pesquisas citadas neste estudo, que, ao comparar com estudo brasileiro recente, são parecidos, pois apontou que a maioria dos idosos falecidos experimentou sintomas a médio e longo prazo como a dor, a fadiga e a dispneia. Vários sintomas deixaram de ser identificados, e tratados, como a depressão, a incontinência urinária e a ansiedade, apesar de receberem uma frequência relativamente alta de visitas a serviços de saúde no último ano de vida (Solano, 2011).

O padrão de doenças crônicas degenerativas provoca na sociedade diversos envolvimento necessários para planejar o futuro com uma assistência a longo-prazo, para que se possa alcançar um cuidado integral no alívio dos sintomas físicos e psicológicos, o que foi deliberado pela OMS, e que corresponde a uma série de atividades dirigidas principalmente para os cuidadores, familiares e profissionais de saúde.

Para assistir a pessoa idosa que vivencia o processo do morrer com incapacidades, é imprescindível a inclusão de cuidados paliativos e seus princípios (Solano, 2011), buscando, de forma assertiva e acessível, aperfeiçoar a qualidade de vida, e respeitar a independência e autonomia do idoso. Em consenso com Pessini *et al.* (2005), é importante destacar que a base de tudo é o paciente, em sua humanidade e dignidade.

Os seres humanos em sua maioria têm dificuldades em lidar com seus próprios sentimentos e emoções frente às perdas e a terminalidade (Moraes, 2009). Outro fator problemático é de que profissionais de saúde parecem desconhecer as técnicas de comunicação terapêutica (Araújo, 2007), e suas limitações contribuem para um afastamento desse profissional e a colocação de barreiras na comunicação com o doente e seus familiares (Moraes, 2009).

A comunicação com idosos ao final de vida e seus familiares é tarefa delicada para o profissional; o paciente está frágil e os seus familiares experimentam um processo de luto antecipatório (Burlá, 2005).

Ao acolhermos o paciente e seus familiares devemos nos lembrar que a comunicação verbal e não-verbal é um instrumento básico e essencial a ser desenvolvido nesse processo (Moraes, 2009). Nesse sentido, o escutar não é apenas ouvir, mas permanecer em silêncio e utilizar gestos de afeto que expressem aceitação, no sentido de identificar as diferentes dimensões do outro, por meio de suas experiências, comportamentos, emoções e espiritualidade (Araújo, 2007). Ainda considerar que não é apenas o corpo que adocece, mas a pessoa em sua totalidade, o que exige a prestação de um cuidado humanizado baseado em aspectos éticos (Moraes, 2009).

Nesse cenário, a maioria dos idosos tem a percepção sobre ter se tornado um "fardo para os outros", o que evidencia uma preocupação comum e significativa para as pessoas que estão se aproximando do final de suas vidas, pois está relacionada com a perda da dignidade, sofrimento, e uma "morte ruim" (McPherson, 2007).

Na abordagem dos cuidados paliativos, o envolvimento da família é primordial; uma das definições mais aceita atualmente, é a de que “a família é quem seus membros dizem que são” (Leahey, 2002) e esta deve ser considerada como unidade de cuidado; portanto, a família como parte integrante de nossa vida não pode ser esquecida principalmente quando pensamos em atender um doente fora de possibilidade de cura (Moraes, 2009; Fratezi, 2011). Neste processo complexo não se envolve apenas a pessoa doente, mas todo o grupo familiar, porque o doente passa a ser o foco de atenção e o familiar, o eleito cuidador (Ferreira, 2008; Fratezi, 2011).

Doentes, famílias e profissionais estão cada vez mais envolvidos com decisões em direção à melhora dos sintomas, provimento de cuidados de saúde e definições sobre a vida e a morte (Ferreira, 2008). Ainda estão vinculados a aspectos culturais, socioeconômicos, crenças e valores pessoais, que devem ser compreendidos e respeitados por quem deseja assisti-los (Moraes, 2009).

Na atuação da equipe multidisciplinar de cuidados paliativos, a frase que nunca pode ser dita a um doente ou a seu familiar é de que "nada mais pode ser feito"; nesta fase da doença, podemos não ter mais o que fazer para curá-lo, mas sempre temos o que fazer para aliviar seu sofrimento. Não podemos nos esquecer de que um paciente em fase avançada de doença está vivo e requer cuidado como os demais pacientes. Há necessidade de aprimorarmos nossos conhecimentos sobre o cuidado a ser oferecido a estes pacientes para que possamos contribuir para assegurar a qualidade de vida e uma morte com dignidade (Moraes, 2009; Fratezi, 2011).

Na assistência à pessoa idosa severamente comprometida pelo AVE, a reabilitação neurológica precoce, o tratamento complexo geriátrico e os cuidados paliativos, não estão em contraposição porque estão sendo visualizados cada vez mais como estratégias complementares (Wormland, 2008).

Seguramente, nos trabalhos futuros, os profissionais de saúde têm o papel relevante de atender a essas necessidades de cuidados paliativos justificadas pela demografia da população e as elevadas taxas de letalidade do AVE. Há uma necessidade urgente de melhor compreender e integrar perfeitamente cuidados paliativos no tratamento de pacientes e familiares acometidos por essa patologia (Holloway, 2010).

Conclusão

Esta pesquisa foi idealizada de modo a desenvolver a base para novos trabalhos na busca da melhoria de cuidados e conforto para a pessoa idosa comprometida pelo AVE e suas sequelas, ao final de vida.

Foi realizada uma busca de produção científica para se aproximar das vivências desses doentes e suas famílias que experimentam esse impacto em sua rotina diária. Analisado que a pessoa idosa comprometida pelo AVE sofre com muitos sintomas físicos e psicológicos e que a terapia de cuidados paliativos pode ajudar e muito os pacientes terminais e toda a sociedade.

Alguns estudos mostraram que a empatia do profissional por meio de comunicação é fundamental para o idoso, sua família e rede de apoio.

A equipe multiprofissional pode utilizar estratégias que facilitem e permitem a tomada de decisão do paciente em questão e respeitando sua autonomia e independência e de seus familiares, prestar assim um auxílio ético e humanizado de cuidado, que possibilita a troca de experiências ao final de vida.

Referências

- Addington-Hall, J., Lay, M., Altmann, D. & McCarthy, M. (1995). Symptom control, communication with health professionals, and hospital care of stroke patients in the last year of life as reported by surviving family, friends, and officials. *American Heart Association, Stroke*, 26, 2242-2248.
- Ali, A. (2011). Cuidados paliativos e a saúde dos idosos no Brasil. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(1), 125-136. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.
- Araújo, M.M.T. & Silva, M.J.P. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista Escola Enfermagem USP*, 41(4), 668-674.
- Blaquiere, D.P.V., Gubitz, G.J., Dupere, D., McLeod, D. & Phillips, S. (2009). Evaluating an organized palliative care approach in patients with severe stroke. *Can. J. Neurol. Sci*, 36(6), 731-734.
- Burlá, C. (2006). Palição: cuidados ao fim da vida. In: Freitas, E.V. (Ed.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1079-1089. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Burlá, C. & Py, L. (2005). Peculiaridades da comunicação ao fim de vida de pacientes idosos. *Bioética*, 13(2), 97-106.

- Burton, C.R., Pereira, S., Addington-Hall, J. & Jones, A. (2010). The palliative care needs of acute stroke patients: a prospective study of hospital admissions. *Age and Ageing*, 39, 554-559.
- Curi, A.P., Olimpio, J. & Nogueira, V.B. (2009). Estudos de óbitos no pronto-socorro de um hospital de ensino: humanização, prognóstico e gastos. *RAS*, 11(45), 169-172.
- Ferreira, N.M.L.A., Souza, C.L.B. & Stuchi, Z. (2008). Cuidados paliativos e família. *Revista Ciência Médica*, 17(1), 33-42.
- Fonseca, A. C. & Fonseca, M.J.M. (2010). Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível. *Scient Med*, 20(4), 301-309.
- Fratezi, F.R. & Gutierrez, B.A.O. (2011). Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo do morrer no domicílio. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3241-3248.
- Garcia, N. (2012). Ministério amplia assistência a pacientes com AVC. Agência Saúde. Recuperado em 14 maio, 2013, de: <http://portalsaude.saude.gov.br>.
- Grudzen, C.R., Richardson, L.D., Morrison, M., Cho, E. & Morrison, R.S. (2010). Palliative care needs of seriously ill, older adults presenting to the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 17(11), 1253-1257.
- Holloway, R.G., Ladwig, S., Robb, J., Kelly, A., Nielsen, E. & Quill, T.E. (2010). Palliative care consultations in hospitalized stroke patients. *Journal Palliative Medicine*, 13(4), 407-412.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008). Estatísticas em saúde: assistência médica sanitária. Recuperado em 20 fev., 2013, de: <http://www.ibge.gov.br>.
- Kelly, A., Conell-Price, J., Covinsky, K., Cenzer, I.S., Chang, A., Boscardin, W.J. & Smith, A.K. (2010). Length of stay for older adults residing in nursing homes at the end of life. *Journal American Geriatric Society*, 58(9), 1701-1706.
- Leahey, M. & Wtight, L.M. (2002). *Enfermeiras e famílias: um guia para intervenção na família*. (3ª ed.). São Paulo (SP): Roca.
- Luchetti, G., Badan Neto, A.M., Ramos, S.A.C., Faria, L.A.C., Granero, A.L., Pires, S.L. & Gorzoni, M.L. (2009). Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência. *Revista de G&G*, 3(3), 104-108.
- Matsumoto, D.Y. (2009). Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: *Manual de cuidados paliativos/ Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)*. Rio de Janeiro (RJ). Recuperado em 27 maio, 2013, de: <http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>
- Mazzocato, C., Michel-Nemitza, J., Anwara, D. & Michelb, P. (2010). The last days of dying stroke patients referred to a palliative care consult team in an acute hospital. *Journal Neurology*, 17, 73-77.
- McPherson, C.J., Wilson, K.G. & Murray, M.A. (2007). Feeling like a burden to others: a systematic review focusing on the end of life. *Palliative Medicine*, 21, 115-128.
- Melo, A.G.C. (2008). Os cuidados paliativos no Brasil. *Revista Brasileira de Cuidado Paliativo*. Recuperado em 10 outubro, 2012, de: <http://www.cuidadospaliativos.com.br/img>

Melo, A.G.C. & Caponero, R. (2009). Cuidados paliativos – abordagem contínua e integral. In: Santos, F.S. (Ed.). *Cuidados paliativos discutindo a vida, a morte e o morrer*, 257-267. São Paulo (SP): Atheneu.

Ministério da Saúde. (2010). *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília. Recuperado em 18 junho, 2013, de: <http://portal.saude.gov.br>

Ministério do Estado da Saúde. *Portaria n.º 665, de 12 de abril de 2012*. Recuperado em 03 outubro, 2012, de: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/112864-665.html>.

Moraes, M.M. (2009). Como cuidar de um doente em fase avançada de doença. *Mundo da Saúde*, 33(2), 231-238.

Motta, A.B. (2006). Visão antropológica do envelhecimento. In: Freitas, E.V. (Ed.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 78-80. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

Payne, S., Burton, C., Addington-Hall, J. & Jones, A. (2010). End-of-life issues in acute stroke care: a qualitative study of the experiences and preferences of patients and families. *Palliative Medicine*, 24(2), 146-153.

Pessini, L. & Bertachini, L. (2006). *Humanização e Cuidados Paliativos*. (3ªed.). São Paulo (SP): Loyola.

Pessini, L. & Bertachini, L. (2005). Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *Mundo da Saúde*, 29(4), 491-509.

Py, M.O. (2006). Doenças cérebro-vasculares. In: Freitas, E.V. (Ed.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 333-347. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

Solano, J.P.C., Scazufca, M. & Menezes, P.R. (2011). Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(1), 75-85.

Stevens, T., Payne, S.A., Burton, C., Addington-Hall, J. & Jones, A. (2007). Palliative care in stroke: a critical review of the literature. *Palliative Medicine*, 21, 323.

World Health Organization (WHO). (s/d.). *WHO Definition of Palliative Care*. Recuperado em 07 setembro, 2012, de: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Wormland, B., Nascimento, W., Papadopoulos, R., Spyrou, M. & Borasio, G.D. (2008). Therapiezieländerung und Palliativmedizin beim schweren Schlaganfall *Neurology*, 79, 437-443.

Recebido em 01/09/2013

Aceito em 30/09/2013

Sônia Maria Dorta Ferreira – Enfermeira/CECOM/UNICAMP, Especialização em Geriatria e Gerontologia (UNICAMP, 2008). Aprimoramento em Tanatologia (UNISANTA, 2010). Especialização em Cuidados Paliativos (UNISANTA, 2012).

E-mail: soniadferreira@yahoo.com.br