



CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA- CESUP
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

RAQUEL DA SILVA COSTA

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AOS
CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES VÍTIMAS DE
AVE (ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO): Uma Análise
de Literatura.**

**Biblioteca do CESUP
Registro**

Nº _____

EM, _____

ITAITUBA-PARÁ

Itaituba – PA

2018

RAQUEL DA SILVA COSTA

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AOS
CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES VÍTIMAS DE
AVE (ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO): Uma Análise
de Literatura.**

Trabalho de Conclusão de curso
apresentado a Faculdade de Itaituba para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Prof. ME. Márcio da Conceição.

Itaituba – PA

2018

RAQUEL DA SILVA COSTA

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AOS
CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES VÍTIMAS DE
AVE (ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO): Uma Análise
de Literatura.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentada à Faculdade de Itaituba
para obtenção do título de Bacharel
em Enfermagem.

Orientador (a): Prof.º ME.Márcio da
Conceição.

BANCA EXAMINADORA

PRESIDENTE: _____ NOTA: _____

ORIENTADOR: _____ NOTA: _____

AVALIADOR: _____ NOTA: _____

RESULTADO: _____ MÉDIAS: _____

DATA: ____ DE _____ DE 2018.

*Primeiramente a Deus que tudo
que nos dar é a seu tempo.*

*A meus filhos que sempre
compreenderam e me apoiaram
em todas as minhas decisões.*

AGRADECIMENTO

Primeiramente a Deus que esteve sempre presente em minha vida e em meu coração.

A meus filhos que sempre compreenderam me apoiaram em minhas buscas.

Ao meu orientador que esteve sempre comigo sem medir esforços.

Aos colegas e a própria instituição.

*"Tudo que é feito com amor,
rende bons frutos"*

RESUMO

No Brasil, o Cuidado Paliativo iniciou na década de 80, semelhante-se a modalidade realizada de forma terapêutica, para aprimorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares no que se refere ao enfrentamento de doenças aliviando os sofrimentos que podem ser físicos, psicossociais e espirituais. O AVE (Acidente Vascular Encefálico) é considerado mundialmente uma das maiores causas de morte e de incapacidade adquirida. A mortalidade variando de forma considerável em relação ao grau de desenvolvimento sócio-econômico, sendo que de 85% dos casos ocorre em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento e um terço dos casos atinge uma parcela importante economicamente ativa da população. As estatísticas no país indicam que o AVE é a causa mais frequente de óbito na população adulta responsável por 10% dos óbitos e no diagnóstico de cerca 10% das internações hospitalares públicas. O Acidente Vascular Encefálico é um dos principais critérios para se indicar os Cuidados Paliativos e principalmente, para pacientes que sofrem de forma nutricional e de capacidade funcional. Cientes de que o AVE é constituído como um problema de grande escala a nível mundial, por ser considerado a terceira causa de óbito e de levar o paciente a incapacidade persistente nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento, optou-se por essa temática na qual a linha de pesquisa dedica-se a realização de cuidados paliativos com pessoas em estados terminais com o objetivo de aliviar a dor e sofrimento para o paciente e seus familiares. Acredita-se que este estudo possa subsidiar a elaboração de protocolos clínicos pelos enfermeiros que estão envolvidos diretamente nos cuidados com pacientes vítimas de acidente vascular encefálico na fase de hospitalização. E assim, como um guia na realização de treinamentos ou capacitação de alunos de graduação, pós-graduação e enfermeiros assistenciais. Diante da escassez de estudos brasileiros relacionados ao tema surge a necessidade do desenvolvimento de pesquisas de enfermagem sobre os cuidados paliativos aos pacientes com acidente vascular encefálico, subsidiando uma prática de enfermagem baseada em evidências.

Palavras-chaves: Enfermagem. Cuidados Paliativos. AVE.

ABSTRACT

In Brazil, Palliative Care began in the 80's, similar to the modality performed in a therapeutic way, to improve the quality of life of patients and their families in relation to coping with diseases, alleviating the suffering that may be physical, psychosocial and spiritual. The Stroke (Stroke) is considered worldwide a major cause of death and disability. Mortality varies considerably in relation to the degree of socioeconomic development, with 85% of cases occurring in underdeveloped or developing countries and one third of cases reach a significant economically active part of the population. The statistics in the country indicate that stroke is the most frequent cause of death in the adult population responsible for 10% of deaths and in the diagnosis of about 10% of public hospitalizations. Stroke is one of the main criteria for indicating palliative care and especially for patients suffering from nutritional and functional capacity. Aware of the fact that the AVE is constituted as a large-scale problem worldwide, since it is considered the third cause of death and of causing the patient to have persistent disability in developed or developing countries, this topic was chosen in which the line Research is dedicated to performing palliative care with people in terminal states with the goal of relieving pain and suffering for the patient and their family members. It is believed that this study may support the elaboration of clinical protocols by nurses who are directly involved in the care of patients suffering from stroke in the hospitalization phase. And so, as a guide in conducting trainings or training of undergraduate, graduate and nursing students. In view of the scarcity of Brazilian studies related to this theme, the need for the development of nursing research on palliative care for patients with stroke is necessary, subsidizing an evidence-based nursing practice.

Key-words: Nursing. Palliative Care. AVE.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – fatores de riscos modificáveis e não modificáveis relacionados ao AVE	25
quadro 2 – intervenções de enfermagem assistenciais aos pacientes vítimas de AVE.....	33
quadro 3 – alguns artigos utilizados na pesquisa.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

AIT – Acidente Isquêmico Transitório

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CVD – Cateter Vesical de Demora

DM – Diabetes Mellitus

ECG – Eletrocardiograma

EEG – Eletroencefalograma

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

OMS – Organização Mundial de Saúde

RM – Ressonância Magnética

Rx – Raio x

TC – Tomografia Computadorizada.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 Alguns Conceitos e Origem dos Cuidados Paliativos.....	16
2.2 2 Objetivos dos Cuidados Paliativos.....	17
2.2 3 Com devem ser realizados os Cuidados Paliativos.....	18
2.2 4 Os Princípios dos Cuidados Paliativos	20
2.3 CONCEITOS DE AVE (ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO)	21
2.3 1 Epimiologia.....	22
2.3 2 Fisiopatologia	23
2.3 3 Classificação do AVE	24
2.3 4 Fatores de Riscos	25
2.3 5 Sinais e sintomas	28
2.3 6 Diagnóstico	28
2.3 7 Tratamento.....	28
2.3 8 Consequências de AVE	29
2.4 COMO O ENFERMEIRO DEVE REALIZAR O DIAGNÓSTICO PRECOCE EM PACIENTES VÍTIMAS DE AVE.....	30
2.5 QUAL A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES VÍTIMAS DE AVE.....	31
2.6 QUAIS OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS AOS PACIENTES INCAPACITADOS POR AVE.....	33
3 METODOLOGIA.....	37
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	37

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	37
3.3 COLETA E ANÁLISES DE DADOS.....	37
3.4 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	38
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
4.1 DIAGNÓSTICO PRECOCE EM PACIENTES VÍTIMAS DE AVE.....	42
4.2 A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES VÍTIMAS DE AVE.....	43
4.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS AOS PACIENTES INCAPACITADOS PO AVE.....	45
5 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS.....	53

1 INTRODUÇÃO

Há décadas, assiste-se à população envelhecer e esse envelhecimento colaborando, para crescente, prevalência de doenças crônicas nessa faixa etária e auxiliando no acúmulo de pessoas hospitalizadas apesar de não haver cura recebendo assistência na tentativa de uma recuperação (NASCIMENTO *et al.*, 2010). Cientes de que o AVE (Acidente Vascular Encefálico) é uma patologia que leva o paciente a incapacidade devido afetar a vida do indivíduo gradativamente em todos aspectos, optou-se por abordar essa temática. E assim, surgindo a necessidade de algumas respostas objetivas para identificar o grau de conhecimentos do Enfermeiro em relação aos cuidados paliativos com pacientes vítimas de AVE. Com base em visitas realizadas em hospitais, observou-se um acúmulo de pessoas incapacitadas recebendo assistência em busca de uma recuperação apesar de não haver uma possibilidade de cura. Partindo desse pressuposto, faz-se necessário a busca de resposta para alguns questionamentos. Como o enfermeiro deve realizar o diagnóstico precoce em paciente vítima de AVE? Quais os cuidados de enfermagem realizados aos pacientes incapacitados por AVE? Qual a importância do enfermeiro em relação aos cuidados paliativos com pacientes vítimas de AVE? No Brasil, o Cuidado Paliativo iniciou na década de 80, semelhandose a modalidade realizada de forma terapêutica, para aprimorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares no que se refere ao enfrentamento de doenças aliviando os sofrimentos que podem ser físicos, psicossociais e espirituais (DOYLE, 2009). O Acidente Vascular Encefálico é um dos principais critérios para se indicar os Cuidados Paliativos e principalmente, para pacientes que sofrem de forma nutricional e de capacidade funcional (BRASIL, 2010). O AVE é constituído como um problema de grande escala a nível mundial, por ser considerado a terceira causa de óbito e de levar o paciente a incapacidade persistente nos países desenvolvidos e nos em desenvolvimento (SAPORETTI, 2008). Acredita-se, que este estudo possa subsidiar a elaboração de protocolos clínicos pelos enfermeiros que estão envolvidos diretamente nos cuidados com pacientes vítimas de acidente vascular encefálico na fase terminal ou de hospitalização. E assim, como um guia na realização de treinamentos ou capacitação de alunos de graduação, pós-

graduação e enfermeiros assistenciais. Diante da escassez de estudos brasileiros relacionados ao tema surge a necessidade do desenvolvimento de pesquisas de enfermagem sobre os cuidados paliativos aos pacientes com acidente vascular encefálico, subsidiando uma prática de enfermagem baseada em evidências. Para uma melhor compreensão da pesquisa realizada, este trabalho está estruturado em uma breve introdução ao tema, seguido da fundamentação teórica que aborda os principais autores sobre o tema, o percurso metodológico utilizado pela autora na coleta e análise de dados, seguido dos resultados da pesquisa e a análise dos mesmos, terminando com as considerações finais da pesquisa desenvolvida.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ALGUNS CONCEITOS E ORIGEM DOS CUIDADOS PALIATIVOS

No Brasil, o Cuidado Paliativo iniciou na década de 80 e de forma significativa foi crescendo a partir do ano 2000, com uma consolidação de serviços que já existiam e que eram considerados pioneiros. Hoje já são mais de 40 iniciativas em todo o país. E no que se refere a extensão geográfica e as necessidades do nosso país considera-se pouco. Sendo que assim, afirma compromisso num único propósito, construindo um futuro promissor para a realização dos Cuidados Paliativos, para que todos os cidadãos brasileiros sejam beneficiados dessa boa prática (DOYLE, 2009). Os cuidados paliativos, originou-se, de forma semelhante a uma modalidade que é realizada de forma terapêutica, que tem como finalidade aprimorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares no que se refere ao enfrentamento de doenças que podem ameaçar a vida, por meio de medidas preventivas e aliviando também, os sofrimentos que podem ser físicos, psicossociais e espirituais (ABREU, 2010). Os pacientes vítimas de AVE que apresentam em fase avançada podem receber uma assistência que não almeja mais a cura, porém, apenas o controle dos sintomas de forma paliativa, o que lhe proporcionará uma melhor qualidade de vida e conforto. Atualmente, essa modalidade de assistência é conceituada como Cuidados Paliativos, assim, estimando que, futuramente, que cerca de um milhão de pessoas poderão necessitar desses cuidados o qual foi definido pela OMS em 2002 como uma abordagem que pode promover uma melhor qualidade de vida de pacientes e de seus familiares que estejam diante de uma patologia que ameace a vida prevenindo ou aliviando o sofrimento, sendo que para ocorra a identificação da doença o diagnóstico deve ser precoce (BURLÁ, 2014). Em 2002, a OMS publicou dois documentos importantes. O *The Solid Facts of Palliative Care* e *Better Care of the Elderly*. Nos quais havia a recomendação que os Cuidados Paliativos deveriam ser utilizados como estratégia de ação nos sistemas nacionais de saúde, não apenas para na esfera oncológica, mas em outras áreas do conhecimento científico específico, como na pediatria, na geriatria, em pacientes portadores de HIV/AIDS e de doenças crônicas. Esses cuidados são

objetos de ação na área oncológica, porém, podem ser utilizados em outras ocasiões que são consideradas terminais (CURROW; AGAR, 2008). O AVE (Acidente Vascular Encefálico) é considerado mundialmente uma das maiores causas de morte e de incapacidade adquirida. A mortalidade variando de forma considerável em relação ao grau de desenvolvimento sócio - econômico, sendo que de 85% dos casos ocorre em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento e um terço dos casos atinge uma parcela importante economicamente ativa da população. Considerando que a previsão de um crescimento da população idosa nos próximos trinta anos, o prognóstico epidemiológico do AVE pode se tornar ainda mais sério (MANICOM, 2011). As estatísticas no país indicam que o AVE é a causa mais frequente de óbito na população adulta responsável por 10% dos óbitos e no diagnóstico de cerca 10% das internações hospitalares públicas. Isso afirma que mais de 60% dos pacientes com AVE no mundo poderão morrer em decorrência da patologia que, geralmente é acompanhada de sofrimentos devido ao fato de levar o paciente a um estado debilitado e incapacitante (LAU, 2009). Cuidado paliativo é todo cuidado direcionado a um paciente que já não tem mais possibilidade ou perspectiva de uma cura ou tratamento específico na busca de bem-estar para reduzir a intensidade dos sintomas que o paciente possa vir sentir. É nesse momento que o enfermeiro possui uma grande importância na realização de suas atividades, trabalhando de forma humanizada, considerando o olhar único, diferenciado individualmente para cada paciente de acordo com a situação em questão. O indivíduo deve sentir-se acolhido juntamente com seus familiares. A equipe deve intervir positivamente, respeitando a autonomia das pessoas, consciente de que, uma família pode ser surpreendida com o fato de AVE em um de seus membros (CONNOR; ARANDA, 2008).

2.2 2 Objetivos dos Cuidados Paliativos

De acordo com o Ministério da Saúde, as metas estabelecidas nos cuidados assistenciais, promove a finitude da existência do paciente com dignidade, por meio de terapêutica destinada a realização do controle sintomático e da preservação da qualidade de vida, sem prolongar ou abreviar a sobrevida, sendo que é indispensável uma abordagem de uma equipe multidisciplinar (ABREU, 2010). Assim, observando todos os aspectos

importantes para a realização do cuidado paliativo, e que ele depende de uma equipe multidisciplinar para realizar a abordagem e produzir uma assistência harmoniosa e convergente ao paciente, sem possibilidades de cura, e seus familiares, esta equipe multiprofissional necessita de uma meta, com opções de tratamento adequado para este público (NASCIMENTO *et al.*, 2010). Portanto, é primordial, resgatar, a humanização no processo de ir a óbito, ou seja, a morte deve ser vista como um processo da vida. Neste sentido, as equipes que podem assistir pacientes em cuidados paliativos de forma especializada ou que são treinadas podem apresentar resultados satisfatórios no controle dos sintomas em todos os aspectos. O cuidado paliativo é aquele cuidado que não possui perspectiva de cura, mas sim, a perspectiva de uma boa qualidade de vida no que está relacionado ao estado terminal. É o cuidado que não vai reverter o quadro clínico do paciente, e nem vai prolongar a vida, mas que vai oferecer conforto para esse indivíduo durante a sua fase final (SIQUEIRA, 2005). Neste contexto, observa-se, a necessidade de uma investigação mais aprofundada no que se refere ao tema em questão, devido a existência de poucos estudos publicados e também, não há referências com informações em quantidades satisfatórias nas quais os critérios de referências avaliam o benefício que os Cuidados Paliativos proporcionam (CURROW; GARCIA, 2010).

2.2 3 Como devem ser realizados os Cuidados Paliativos

Sabe-se que é relevante a participação da família na prestação dos cuidados de conforto aos seus doentes, tomando-se fundamental, por permitir a manutenção e o domínio da situação perante ao doente e a doença. A comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares é imprescindível devido ser o enfermeiro profissional que exercem papel de orientador e que deve realizar o treinamento para esses cuidadores familiares estimulando e permitindo a participação direta da família nos cuidados com os pacientes (ARBOIX; GARCIA, 2010). Todos os seres humanos possuem necessidades físicas, psicológicas, sociais, emocionais, espirituais, práticas e de informações e compete aos profissionais da saúde, reconhecer e proporcionar a assistência de enfermagem de qualidade e integral. O paciente deve ser ouvido e durante a conversa deve ser demonstrado o afeto e a equipe deve procurar

entender a situação, ouvindo as dificuldades, os medos tanto do paciente quanto de seus familiares (MANICOM, 2011). Nesse sentido, o acolhimento no momento inseguro e de dor deve ser realizado de forma afetiva para que as pessoas envolvidas se sintam bem acolhidas reduzindo assim, suas ansiedades. Para que haja êxito satisfatório nos cuidados realizados ao final da vida, é fundamental que a equipe de saúde busque estratégias para que haja o controle de sintomas físicos, e que valorize também, a necessidade de alívio dos sofrimentos psicológicos e espirituais presentes (FARESIN; PORTELLA, 2009). O critério que é discutido é prognóstico de tempo de vida que o paciente apresenta. Já no que se refere ao limite designado em seis meses de expectativa de vida já poderia ser indicado Cuidados Paliativos de forma exclusiva. A expectativa de vida é avaliada e quando menor ou igual a seis meses, o paciente é orientado a fazer sua opção que pode ser por Cuidados Paliativos exclusivos e desistir do tratamento para o prolongamento da vida (LAU, 2009). A relação sobre decisão que pode ser equivocada na realização de medidas de intervenções que não são necessárias e uma dificuldade no prognóstico de paciente vítima de doença que progride e que é incurável e, assim, quanto a definição do fazer e do não-fazer. Um diagnóstico preciso e bem analisado de acordo com o conhecimento da história natural da doença, um acompanhamento adequado e ativo que possa ser acolhedor e digno de respeito e uma relação estreita e afetiva com o paciente e sua família auxiliará nas tomadas de decisões. Dessa forma, ocorrerá uma assistência adequada e com mais segurança (SILVA *et al.*, 2012). Na integração dos aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados ao paciente pode ocasionar perdas, significativas ou não, as quais o paciente e seus familiares serão obrigados a conviver, e nem sempre estarão preparados. Essas perdas estão relacionadas a autonomia, a autoimagem, a segurança, a capacidade física, o respeito, e as perdas materiais, nas quais estão incluídas o emprego, o poder aquisitivo e, como consequência, o status social, que pode trazer angústia, ocasionando em uma depressão e a desesperança, o que pode interferir de forma objetiva na evolução da doença na sua intensidade e também, na frequência da sintomatologia, podendo apresentar dificuldades no controle (SAPORETTI, 2008). A abordagem através dos aspectos sob a ótica psicológica é fundamental e a possibilidade de abordar também sob o ponto da

espiritualidade se sobrepõe à questão que se refere a religião. Algumas literaturas afirmam que 95% dos americanos creem em uma força considerada superior, e 93% desejam que seus médicos abordem a questão se os mesmos ficassem gravemente enfermos. Deve ser oferecido um suporte que possa possibilitar ao paciente viver ativamente até o momento de seu óbito (MANICOM, 2011). Os problemas sociais, as dificuldades de acesso ao serviço de saúde, a medicação necessária podem ser um motivo para ocasionar sofrimento no paciente e família o que deve ser incluído dentro do quadro que se refere aos aspectos e que deve ser abordado pela equipe. Viver de forma ativa, e não apenas viver. É dever e responsabilidade do enfermeiro ser facilitador da resolução dos problemas de seu paciente. Destaca-se, também, a relevância de um cuidado humanizado e um relacionamento realizado de forma empática entre os profissionais de saúde com clientes e sua família para que ocorra a promoção de uma melhor qualidade de vida a esses pacientes (SILVA *et al.*, 2012).

2.2 4 Os princípios dos cuidados paliativos

O Cuidado Paliativo não é baseado em protocolos, e sim em alguns princípios. O termo terminal não é usado, e sim, doença que compromete ou ameaça a vida. Indicando o cuidado a partir do diagnóstico, o que pode expandir a área de atuação. Não se fala em impossibilidade de cura, mas sim, na possibilidade de haver ou não um tratamento que a doença, distanciando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Uma abordagem que pode incluir uma forma espiritual nas dimensões da vida do ser humano. A família deve ser lembrada, assistida, até mesmo após a morte do seu familiar, principalmente no período de luto (MANICOM, 2011). Diante do tema exposto, pode-se observar que é inegável o impacto que afeta sociedade de forma econômica e previdenciária, o que pode auxiliar na reformulação do sistema de atendimento, no qual deveria ser abordado de forma integral ao paciente, com prioridade e disponibilizando as melhores estratégias para a realização de diagnóstico e tratamento. Dessa forma, analisa-se que é de essencial importância que haja protocolos definidos no que se refere a atenção com pacientes vítimas de AVE e que sejam pactuados por vários componentes da Linha de Cuidados existentes, que de certa forma a uniformize o cuidado e permitindo acesso a

todos os pacientes às terapias estabelecidas em diretrizes, respeitando suas diferenças independentemente de suas situações (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Esses princípios baseiam-se em vários conhecimentos inerentes a várias formas especialidades com possibilidades de realizar intervenções clínicas e terapêuticas em diversos campos de conhecimentos científicos da medicina e de conhecimentos relacionados as especialidades. Para promoção do alívio da dor e de alguns outros sintomas desconfortáveis é necessário um conhecimento específico para a realização de prescrição de enfermagem e para adoção de medidas não-farmacológicas e, assim, também para abordagem dos aspectos relacionados ao psicossociais e de forma espirituais caracterizando o total de sintomas (ARBOIX; GARCIA, 2010). Observa-se, que o investimento na formação profissional no que se refere ao tema abordado poderá proporcionar a redução do sofrimento do paciente portador dessa patologia e de seus familiares, o que pode auxiliar na minimização de custo do cuidado assistido ao sistema de saúde, e assim, evitando o número crescente de consultas de reincidentes e de internações desnecessárias relacionadas ao controle de sintomas (LAU, 2009). A realidade considerada fundamental por meio da revolução biotecnológica possibilitou o prolongamento interminável do morrer e os Cuidados Paliativos resgatam possibilidades do óbito como evento natural e esperado por todo ser humano na presença de uma doença que possa ameaçar sua vida, colocando maior ênfase na vida que ainda pode ser vivida (SILVA *et al.*, 2012). Aprimorar a qualidade de vida e influenciando o curso da doença de forma positiva e com uma abordagem realizada holisticamente, observando ao paciente e respeitando suas vontades e também, as suas necessidades, pode melhorar o curso da doença e, seguindo vários serviços desses cuidados prolongará sua sobrevida. Às ações paliativas visa não só ao controle dos sintomas apresentados, mas sim valoriza a relação e fortalece o grau de confiança entre o paciente e a equipe de saúde, e para isso ocorra deve haver respeito, o direito de autonomia da pessoa doente, sendo este um princípio que permeia a realização do cuidado paliativo (CONNOR; ARANDA, 2008).

2.3 AVE (ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO)

O Acidente Vascular Encefálico é um dos principais critérios para se indicar os Cuidados Paliativos e principalmente, para pacientes que sofrem de forma nutricional e de capacidade funcional. O AVE, ocorre através da interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea, o que conduz a uma destruição ou o surgimento de uma lesão de uma parte do cérebro, podendo ser acompanhada do aparecimento repentino de sintomas com sinais focais na parte neurológica que pode perdurar para além das 24 horas podendo conduzir a vítima para óbito. Segundo a OMS em 2003, o AVE foi definido como um sinal de um quadro clínico que se instala subitamente uma perturbação focal das atividades cerebrais com origem vascular que pode ter uma duração acima de 24 horas (BRASIL, 2010). É considerado como uma perda súbita das atividades cerebrais que resulta da interrupção de suprimento sanguíneo para uma determinada parte do encéfalo, podendo causar uma disfunção neurológica. Dependendo da causa, o AVE estar classificado em isquêmico ou hemorrágico. Dessa forma, pode-se descrever o AVE, como um comprometimento do aporte sanguíneo de uma determinada região do cérebro, ocasionando em uma lesão ou até mesmo a morte neuronal, e conduzir a uma perda ou redução de suas funções (MANICOM, 2011). Há décadas, evidencia-se no Brasil, um aumento acentuado das doenças crônico-degenerativas, priorizando as afecções cardiovasculares, suplantando as doenças infecciosas e parasitárias como causa de morte. Entre as doenças crônico-degenerativas, estão as cerebrovasculares como a terceira causa de óbito no mundo, precedendo as cardiopatias em geral e o câncer. O Acidente Vascular Encefálico (AVE) denominado isquêmico ou hemorrágico, que podem ser, transitório ou definitivo é uma doença cerebrovascular que possui maior incidência e maior morbidade que resulta em incapacidades aos pacientes acometidos (SILVA; SILVA, 2013).

2.31 Epidemiologia

O AVE é constituído como um problema de grande escala a nível mundial, por ser considerado a terceira causa de óbito e de levar o paciente a incapacidade persistente nos países desenvolvidos. Estudo realizado pela

OMS coloca o AVE como a segunda causa de morte (BRASIL, 2010). O AVE isquêmico provoca de 70 a 80% dos Acidentes Vasculares, e as hemorragias ocorridas intracerebrais são consideradas responsáveis por 10 a 30% dos casos, já a hemorragia subaracnóidea por até 50% da hemorragia intracerebral. O AVE que ocorre de forma hemorrágica, está representando 15 a 20% dos casos, e o AVE isquêmico, considerado o mais frequente, surge de 80 a 85% dos casos (SAPORETTI, 2008). Estima-se que cerca de 40 a 50% dos pacientes que são vítimas de AVE vão a óbito após seis meses. A maioria dos que sobrevivem exibem deficiências neurológicas seguidas de incapacidades residuais significativas, deixando a patologia como a primeira causa de incapacidade funcional no mundo ocidental. Contrariando os dados epidemiológicos que mostram um declínio da mortalidade. Espera-se que a incidência da doença possa ser revertida em um quadro de prevalência na qual estar relacionada as deficiências físicas e mentais referentes a episódios denominados de derrame cerebral (LAU, 2009). Ressalta-se que há dados suficientes que afirmam que o AVE é uma doença considerada grave no Brasil, que é geradora de incapacidades crônicas, causando a perda da independência e da autonomia do paciente acometido, pressupondo a necessidade de auxílio em suas dificuldades de desempenho das atividades diárias (BIANCHINI, 2009).

2.3 2 Fisiopatologia

A patologia cerebrovascular é ocasionada por afeções patológicas de vasos existentes no cérebro, e a maioria são manifestadas pelo início súbito de um déficit que afeta a região neurológica focal podendo o paciente permanecer estável, apresentar melhora ou se tornar grave progressivamente. As doenças cerebrovasculares estão divididas em duas categorias nas quais incluem duas classes – isquêmico e hemorrágico, e ainda pode ser dividido em subclasses de dependendo da etiologia (LAU, 2009). O AVE ocorrido de forma isquêmica é causado pela redução do aporte sanguíneo que pode variar de segundos a minutos. Os sintomas podem ter início cerca de dez segundos devido os neurónios serem células que possuem pouca reserva de glicogénio e ter

grande necessidade energética (SILVA *et al.*, 2012). Nesse caso se a circulação cerebral for restabelecida imediatamente, o tecido cerebral readquire sua função, e assim, os sintomas que foram apresentados pelo paciente podem regredir o que é denominado neste quadro de Acidente Isquêmico Transitório (AIT). Geralmente, os sinais e sintomas neurológicos do AIT pode durar de cinco a quinze minutos, porém, podem durar menos de vinte e quatro horas. Dessa forma, os AIT's e os AVE's podem ocasionar indícios de um AVE grave e nesta situação o diagnóstico deve ser realizado de forma fidedigna podendo adequar o tratamento com intuito de evitar novos eventos cerebrovasculares (SIQUEIRA 2005). E se a interrupção da perfusão do sangue cerebral persistir em alguns minutos a mais, poderá ocasionar a morte neuronal e também, o enfarte cerebral, que surgirá juntamente de sinais e sintomas neurológicos por mais de vinte e quatro horas (DOYLE, 2009). Na fase aguda da doença, é fundamental a certeza do problema, de necessidade, e da forma de evolução crises em que o paciente se encontra e da possibilidade de intervir na prevenção de novas crises. O plano de cuidados deve ser realizado com clareza para que o tratamento que será proposto possa ter continuidade por todo o campo de assistência, inclusive em unidades de atendimento emergencial e de hospitais gerais no qual o paciente poderá receber assistência de outra equipe (SILVA *et al.*, 2015). O paciente que recebe assistência através dos Cuidados Paliativos almeja ser compreendido como uma pessoa que sofre devido, além da dor física, também, possui conflito de existência e a necessidade que o tratamento farmacológico ou aparelhos de evolução tecnológica não pode suprir (CONNOR; ARANDA, 2008).

2.3 3 Classificação do AVE

O AVE está classificado como isquêmico e hemorrágico. A isquemia cerebral pode ser considerada global ou focal e surgindo como consequência de uma redução generalizada do aporte sangue ao cérebro, que geralmente é associada a um compromisso hemodinâmico, que afeta a zona de fronteira das artérias cerebrais principais, o que pode resultar em uma anóxia cerebral e que pode ser generalizada (SANTOS *et al.*, 2017). Essa isquemia surge devido a uma estenose ou oclusão de uma artéria cerebral ou também, por êmbolos de origem cardíaca ou por êmbolos que pode ser deslocado de uma placa

aterosclerótica de uma artéria próxima (NASCIMENTO *et al.*, 2010). O AVE hemorrágico é definido como um extravasamento sanguíneo no tecido cerebral, tendo como resultado uma ruptura de um vaso o que produz alguns sintomas neurológicos ocasionado pelo efeito de massa sobre o cérebro ou pela toxicidade sanguínea extravasada (SILVA *et al.*, 2013). Este AVE é uma ruptura de uma artéria cerebral, ocasionando um sangramento, denominada hemorragia intracerebral, ou uma artéria superficial do cérebro, que é rompida para um espaço que se encontra entre o cérebro e o crânio, o que designa a hemorragia subaracnóidea. Seu quadro clínico pode ser apresentado de acordo com o tipo de AVE isquêmico ou hemorrágico, caracterizado por sua etiologia, pelo mecanismo de instalação, opções terapêuticas e prognósticos diferentes (LACERDA, 2006). Os diferentes modelos de cuidados assistências, realizado de forma integral, ao paciente com AVE agudo mais difundidos no mundo, com importante evidência científica, preveem a inclusão de vários pontos de atenção à saúde, que são distribuídos em padrão reticular, com fluxos pré-definidos. Neste conceito deve estar prevista uma educação popular em saúde, na qual estão as ações da atenção básica, os serviços de urgência/emergência considerando os hospitalares, componentes fixos e móveis, as Unidades de AVE, a reabilitação, cuidados ambulatoriais e a reintegração social do paciente (BIANCHINI, 2009). A Linha de Cuidados em AVE objetiva proporcionar cuidado integrado e continuado de acordo com a necessidade do paciente, promovendo a transferência deste entre os pontos de referências e de atenção à saúde, tendo como fundamental a relevância no fluxo da linha de cuidados (FONSECA; REBELO, 2011). E assim, apesar da inquestionável importância do papel exercido das ações de educação popular em saúde e do controle dos fatores de risco para que ocorra a redução da incidência do AVE, não são contemplados devido fazerem parte de outras ações direcionadas aos portadores de doenças crônicas, porém, não relacionado diretamente ao planejamento da linha de cuidados do paciente com evento cerebrovascular agudo (BRANCO; SANTOS, 2010).

2.3 4 Os fatores de riscos

Os fatores de riscos relacionados ao AVE, incluem a Hipertensão; o Diabetes; o Tabagismo; o Etilismo; o Stress; a elevação do Colesterol; a

obesidade; AIT; as Doenças Cardiovasculares; o Sedentarismo e a Hereditariedade (SAPORETTI, 2008).

Modificáveis	Não modificáveis
Hiperlipidemia	Idade
Colesterol elevado	Gênero
Diabetes Mellitus	Etnia
Doenças Cardiovasculares	
Stress	
Etilismo	
Hipertensão Arterial	
AIT	
Obesidade	
Sedentarismo	
Tabagismo	

Quadro 1 - Fatores de riscos modificáveis e não modificáveis relacionados ao AVE.

Alguns fatores de risco são identificáveis na juventude e pode haver a ocorrência da doença anos depois. Esses fatores podem ser definidos como uma ou mais características presentes no indivíduo e que surgem aumentando a probabilidade de um indivíduo vir a ser vítima de uma determinada doença (DAVIES; HIGGINSON, 2013). Vários autores com conceitos diferentes classificam os fatores de risco como modificáveis e não modificáveis, porém, a idade é considerada um dos fatores não modificáveis de maior relevância devido ser um fator que pode aumentar a incidência, a prevalência e a mortalidade de pacientes acometidos ao AVE. Cerca de um terço de todos os AVE's são pessoas com idade maior que 65 anos (BRASIL, 2010). De acordo com o Ministério da Saúde (2006), a prevalência do AVE é de 3% em pessoas com 65 anos de idade, e ocorre em idades superiores a 85 anos de 30%. No que se refere ao gênero, cerca de 1,3 ocorrendo com mais frequência nos homens do que em mulheres, não desconsiderando o que ocorre com a faixa etária com mais de 80 anos em que visualiza, uma maior prevalência com pessoas do sexo feminino devido à sua maior taxa de sobrevivência (DOYLE, 2009). Quando se refere a etnia, há certeza de grupos de risco superior a outros, como habitantes da área Ocidental e também das Caraíbas que

representam o dobro do risco, em relação a um indivíduo caucasiano. Porém, já aos fatores de risco modificáveis que são contribuintes para a ocorrência de AVE, estão relacionados a HTA, o Diabetes Mellitus, a Hiperlipidemia, o Tabagismo, o Alcoolismo, a Obesidade, o Sedentarismo e antecedentes de AIT. A HTA afeta mundialmente cerca de quase mil milhões de pessoas, ressaltando que futuramente, esta prevalência cresça dependendo das medidas de prevenção utilizadas (ABREU, 2010). Os indivíduos com pressão arterial elevada persistente e com valores superiores a 140/90mmHg, possui risco de AVE comparável com as pessoas que têm tensões dentro dos parâmetros normais, 120/80mmHg, sendo que uma elevada percentagem de indivíduos 80%, apresentam HTA na altura do AVE (BARUZZI; IKEOKA, 2013). O diabetes mellitus é constituído como um importante fator de risco auxiliando no desenvolvimento de doenças cerebrovasculares, inclusive nos AVE's considerados isquêmicos trombóticos, que ocorre devido à alteração da hemodinâmica cerebral ocorrida pela alta taxa de glicose sanguínea (hiperglicemia) e pela interação que pode ocorrer com outros fatores de risco como a HTA e a hiperlipidemia (MANICOM, 2011). Este é o fator de risco que menos contribui para o surgimento de AVE, porém, as pessoas com colesterol total igual ou superior a 240mg/dl possui uma grande probabilidade de desenvolvimento de um AVE isquêmico do que as pessoas que têm o colesterol total inferior a esse valor. O ato de tabagismo atua como um risco de AVE, contribuindo com 12 a 14% dos óbitos, sendo considerado como uma incidência de AVE 40% em homens fumantes e 60% em mulheres (PESSINI, 2016). O alcoolismo é associado a disritmia cardíaca e a cardiopatia o que pode provocar êmbolos, o que conduz o aumento da pressão sanguínea, aumentando o risco de doenças coronárias e assim, favorecendo a arterosclerose da artéria cerebral. Os indivíduos com etilização aguda possui maior probabilidade de um AVE (SAPORETTI, 2008). A obesidade é considerada o sexto fator de risco que pode levar ao surgimento de doenças em geral acarretando um maior risco de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. As pessoas consideradas sedentárias, possui um maior risco de sofrer um AVE e de morte. A atividade física pode ser benéfica e deve ser utilizada como medida de prevenção do AVE, devido atuar em vários fatores de risco como a HTA, o diabetes mellitus e a dislipidemia, o que pode

corrigi-los. O AIT é considerado um dos fatores de risco importantes, devido a 51% das pessoas pode vir a ter um AVE no prazo de 5 anos. A melhor medida de prevenção é a intervenção com a participação de uma equipe multidisciplinar para atuar no diagnóstico precoce e promover mudanças de hábitos de vida saudáveis (BRANCO; SANTOS, 2010). As medidas preventivas para os fatores de risco são divididas em primária e secundária, A prevenção primária objetiva a redução da incidência do AVE através de mudanças de estilos de vida em pessoas sem antecedentes da doença, existindo assim, a estratégia populacional realizada através da educação em saúde conscientizando a uma alimentação saudável, demonstrando os malefícios que o uso do tabaco e do álcool pode causar, demonstrar os benefícios do exercício físico regularmente e da necessidade da avaliação contínua e controle da pressão arterial (ARBOIX; GARCIA, 2010).

2.3 5 Sinais e sintomas característicos

Os sinais e sintomas estão relacionados e caracterizados de acordo com a área afetada e pelo grau de gravidade da patologia. O que pode observar que na maioria dos pacientes há constante queixa de Cefaleia intensa que ocorre de forma súbita, seguida de rigidez na nuca; Vertigem; Náuseas, acompanhada de episódios de vômitos; Redução dos tônus musculares; Confusão Mental; Sudorese; Amnésia; Afasia; Disfagia; Hipertermia e outros dependendo do quadro clínico do indivíduo (LAU, 2009).

2.3 6 Diagnósticos

Nas últimas décadas, o advento de novas abordagens da fase aguda dos pacientes com AVE, demonstram níveis de evidência importantes sendo configuradas como as principais formas de intervenção que apresentam melhores resultados nos prognósticos (BRASIL, 2012). Diante do exposto e do visível impacto social, econômico e previdenciário do AVE, é considerado urgente a necessidade da ocorrência de uma reformulação do sistema de atendimento, o que pode abordar de forma integrada cuidado com paciente, e assim, disponibilizar melhores estratégias de detecção do diagnóstico e início do tratamento precoce. Utilizar todos os mecanismos possíveis para a detecção de riscos e possíveis práticas de controle (LAU, 2009). O Exame

Físico detalhado é de fundamental importância, ressaltando que a escuta do paciente possui grande relevância para auxiliar no diagnóstico precoce. Além, de exames de imagens, como, ECG (Eletrocardiograma), EEG (Eletroencefalograma), TC (Tomografia Computadorizada) do crânio, RM (Ressonância Magnética) e exame radiológico como, Raio x do crânio com intuito de rastrear alterações na reação do crânio. Ressaltando-se também, a importância do Sinal de Babinski (ABREU, 2010).

2.3 7 Tratamento

O tratamento é realizado de forma farmacológica e por meio de medicina alternativa de acordo com a cultura e costumes da família. Sendo que para minimizar o sofrimento e momentos dolorosos, os cuidados paliativos são realizados (ARBOIX; GARCIA, 2010).

2.3 8 Consequências de AVE

Em ambos os tipos as consequências permanecem iguais devido as células da área acometida morrerem por anóxia o que pode causar sequelas de forma variada, porém, dependendo da área em que a lesão se encontra. A gravidade da lesão provocada pelo AVE vai depender do tempo entre a ocorrência e o atendimento de que o paciente levou para ser atendido e diagnosticado. Geralmente, a região que é afetada demora de quatro a seis horas para morrer, no qual os danos podem ser irreversíveis (BRASIL, 2010). As alterações podem ser emocionais e sociais. O paciente acometido por um AVE, além de sofrer as consequências diretas da lesão também, sofrerá alterações emocionais, como ansiedade e depressão. Alterações que podem levar o paciente ao comprometimento funcional no qual o doente deixa de realizar o autocuidado no processo de reabilitação, originando dificuldades de relação familiar e com amigos, conduzindo a um isolamento social, e assim, dificultando a reintegração familiar e social. Portanto é indispensável que seja estabelecida um vínculo de confiança entre paciente, família e profissional, onde a confidencialidade, a partilha, a segurança e o reforço positivo se tornem basilares (ABREU, 2010). É fundamental que seja promovida a autoestima, promovendo a sua participação em atividades diárias ou em grupos de atividades, tornando a família participativa e prestadora de cuidados. O AVE,

pode ocasionar várias consequências quando não conduz o paciente ao óbito, levando ao portador a vários níveis de incapacidade física, com grande impacto econômico, social e familiar, nas quais estão inclusas a Paresia; Hemiplegia; Dificuldade em deambulação; Afasia; Disfagia; Declínio da função cognitiva; Perda da sensibilidade no lado oposto do AVE e Desvio dos olhos (ARBOIX; GARCIA, 2010). O AVE devido às suas graves consequências, consideradas negativas e diretas para o indivíduo, para a sociedade e para o sistema de saúde, deve ser denominado como um dos mais relevantes problemas de saúde pública que urge minorar. A elevação da prevalência nacional de fatores de riscos observa-se a necessidade de atenção rigorosa à prevenção, na detecção e na correção sugerindo assim, à promoção de medidas preventivas a perda de saúde como também, a realização de todos os cuidados que auxiliem na recuperação do indivíduo (SANTOS *et al.*, 2017). O que torna indispensável a adoção de medidas potenciais na população para que haja a redução dos riscos, e o acesso rápido e adequado ao tratamento precoce, o que deve ser realizada a tomada de medidas de prevenção secundária que possa reduzir a sua ocorrência e a prevenção terciária incluindo a reabilitação precoce na fase aguda da patologia (BRANCO; SANTOS, 2010). Salienta-se que os programas de reabilitação estão contribuindo para a redução dos danos causados pela patologia, porém, as medidas de reabilitação é, como forma de garantia de uma recuperação adequada e eficaz (BURLÁ, 2014). A permanência de sequelas consideradas **incapacitantes é por todavia, o que poderá impor aos pacientes algumas limitações** que causará alterações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos podendo alterar também, a dinâmica da vida desses pacientes e não apenas pelas sequelas físicas que restringirá as atividades da vida diária e sim, por tornarem, dependentes de terceiros para sua movimentação e agirem com independência comprometendo suas possibilidades de administrar a vida pessoal e familiar (SILVA; SILVA, 2013). Alguns autores afirmam que o AVE é uma doença considerada crônica que causa incapacidade, deficiências e desvantagens que envolve o paciente, a família e a comunidade em geral. Esta situação constitui-se a origem de tensão intrafamiliar (PASSINI, 2016). Neste contexto, observa-se a necessidade de redefinição de um papel entre os membros da família no qual está a “escolha” de um cuidador para assumir a

responsabilidade da realização dos cuidados e também, a adequação do ambiente que visa atender as demandas necessárias do paciente que retorna ao lar o que pode causar um impacto econômico e social alterando a estrutura familiar. Estudos relatam que os familiares são a fonte mais importante de apoio e cuidados para um suporte formal e para a realização das tarefas mais específicas de ajuda (LOPES *et al.*, 2013).

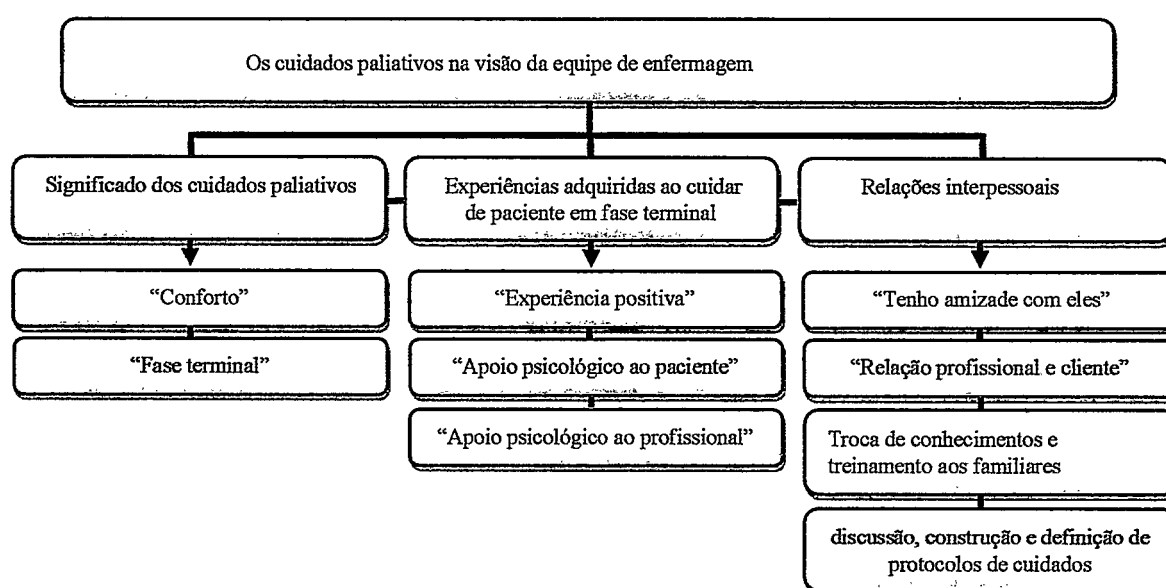
2.4 COMO O ENFERMEIRO DEVE REALIZAR O DIAGNÓSTICO PRECOCE EM PACIENTE VÍTIMA DE AVE

A enfermagem é uma profissão majoritariamente feminina. É território criado para possibilitar o surgimento de um espaço social amplo para o desenvolvimento de cuidados, que possa contemplar as habilidades femininas e incorporar valores morais e sociais de forma diversificada na formação de enfermeiros modernos (LAU, 2009). A abordagem do paciente com AVE quando o usuário procura a unidade com queixas sugestivas dessa patologia, a equipe deve realizar o primeiro atendimento, avaliar sinais vitais e glicemia afastando hipoglicemia, e assim, realizar exame neurológico sucinto avaliando seu grau de consciência e de sensibilidade utilizando recursos diferentes e todos os mecanismos possíveis para a detecção de riscos e dessa forma realizar possíveis práticas de controle (MANICOM, 2011). O Exame Físico detalhado deve ser realizado e sua importância deve ser considerada, ressaltando que a escuta do paciente possui grande relevância para auxiliar no diagnóstico precoce (BRASIL, 2010).

2.5 QUAL A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES VÍTIMAS DE AVE

Analisa-se que há dificuldades de assistência às pessoas com múltiplas necessidades de cuidados. Ressaltando-se que quanto maior o número de necessidades do paciente, maior a urgência de um planejamento de assistência na qual seja utilizada a sistematização das ações visando à organização, à eficiência e à validade dessa assistência prestada (LOPES *et al.*, 2013). Portanto, essas considerações são fundamentadas no interesse de desenvolver uma revisão de forma integrada sobre a produção científica no que está relacionada ao conhecimento das intervenções de enfermagem prestadas aos pacientes com AVE (LAU, 2009). A especificidade da área que atua com

os cuidados paliativos tem por objetivos da assistência é promover o conforto e uma melhor qualidade de vida, por meio do controle dos sintomas apresentados pelo paciente e apoiando às necessidades consideradas de ordem psicológica, social, espiritual e emocional do indivíduo e familiar. Neste contexto, o enfermeiro exerce papel primordial, em virtude de seu trabalho lhe proporcionar a oportunidade de estar em contato contínuo com esses pacientes, não apenas em sua fase terminal, mas também, em todo o percurso da vida e da doença, momento em que apresentam fragilidades e limitações específicas de naturezas física, psicológica, social e espiritual (SIQUEIRA, 2005).



Portanto, A visão da enfermagem em relação aos cuidados paliativos demonstra que o conforto é visto como um aspecto importante do cuidado, demonstrando o grau de qualidade da assistência de enfermagem, uma prática considerada e entendida como uma responsabilidade precípua da enfermeira no que concerne ao processo de reabilitação e restauração da saúde, tornando-se uma peça fundamental no cuidado prestado em relação ao conforto do ser humano (DOYLE, 2009). A morte desperta nos profissionais de saúde a consciência de suas próprias finitudes o que gera conflito interno, algumas dúvidas sobre a eficácia dos cuidados realizados, referentes aos objetivos e a importância da assistência prestada e até no que está relacionado aos processos de tomada de decisão se concentrando em uma única pessoa, gerando questionamentos sobre a capacidade de reverter o quadro, resultando

em obstinação terapêutica (SIQUEIRA, 2005). Tratando-se de um paciente com AVE, entende-se que o quadro clínico é afetado por características da doença e dos tratamentos o que gera impacto negativo na qualidade de vida, em na manifestação de sintomas físicos, e em o de tratamento anti-hipertensivo, mesmo com objetivos paliativos. A transição entre os cuidados curativos e paliativos em casos de pacientes vítimas de AVE é considerado um evento que ocorre frequentemente. E assim, nas primeiras horas de internação hospitalar a expectativa por bons resultados aumenta podendo dominar os profissionais e familiares, que possuem dificuldades em aceitar a situação e fazer essa transição (FONSECA; REBELO, 2011). Nesse contexto, a prática e a importância da realização dos Cuidados Paliativos são baseadas em evidências que encoraja ao enfermeiro na utilização de resultados obtidos na pesquisa junto à assistência à saúde, reforçando a importância da atuação do enfermeiro em sua realização e dos conhecimentos das respostas objetivas deste estudo, que proporcionará uma síntese do conjunto de intervenções de enfermagem aos pacientes vítimas de AVE e facilitando a discussão, construção e definição de protocolos de cuidados (SILVA *et al.*, 2012).

2.6 QUAIS OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS AOS PACIENTES INCAPACITADOS POR AVE

No que se refere aos cuidados de enfermagem aos pacientes incapacitados por AVE, o enfermeiro deve realizar o diagnóstico de enfermagem no qual observará as necessidades básicas do paciente enquanto acamado e será realizado também, a prescrição de enfermagem referente a esses cuidados na qual estão incluídos os cuidados necessários para acompanhamento e avaliação do paciente de forma continuada para que possa verificar a eficácia do plano de cuidado executado por toda a equipe de enfermagem (DAVIES; HIGGINSON, 2013). As intervenções de enfermagem a pacientes, vítimas de AVE, a princípio, refere-se a um diagnóstico de enfermagem que deve ser realizado de acordo com a gravidade e o grau de comprometimento motor e funcional do paciente, o que pode evidenciar o tipo de assistência que o enfermeiro deve realizar em sua prescrição de enfermagem auxiliando assim, na tomada de decisão e na realização do plano de cuidado para seu cliente (DOYLE, 2009).

Intervenções de Enfermagem
A reabilitação motora e funcional
Administração de drogas
Monitoramento das funções Fisiológicas
Cuidados emocionais
Prevenção de complicações e traumas
Cuidados com a pele
Avaliação contínua
Educar os familiares
Cateterismo vesical
Oxigenoterapia
Higiene corporal
Nutrição
Mudanças de decúbitos
Massagem de conforto
Curativos
Verbalização
Exercícios físicos
Controle de sinais vitais

Quadro 3 - Intervenções de enfermagem assistenciais aos pacientes vítimas de AVE

A assistência da enfermagem atualmente, está direcionada principalmente, ao conforto físico, atrelado constantemente, à implementação da realização de técnicas e procedimentos, reduzindo a importância do conforto psicossocial e espiritual (ABREU, 2010). Quando uma pessoa se torna portador de alguma patologia que sente-se ameaçada sua vida, ocorrem muitas mudanças que podem ser mais do que físicas devido à doença em si, e o aparecimento dos sintomas, mas também, são sociais, psicológicos e espirituais ocorrendo na pessoa que estar doente, como em todos os membros da família o é denominado um grau de impacto da doença surgindo dificuldades ao longo da vida provocando ruptura com a vida anterior e adaptação a uma nova realidade social e espiritual implicando no processo de reorganização na estrutura de modo geral e nas relações afetivas (CURRON; AGAR, 2008). O saber fazer do

enfermeiro relacionado ao conforto em pacientes em cuidados paliativos está relacionado de forma direta ao seu componente físico, e envolve a realização de técnicas e procedimentos para o alívio da dor e de outros sintomas exclusivamente físicos. Conforto transcende a dimensão física, é muito mais do que a ausência de dor, envolvendo componentes físico, psico espiritual, social e ambiental mantendo ou restaurando o bem-estar subjetivo do paciente, dentro de suas possibilidades dentro do equilíbrio entre suas limitações e de potencialidades (DAVIES; HIGGINSON, 2013). Discutir cuidados paliativos pode ser paradoxal, devido as práticas que podem parecerem incompatíveis, em pacientes no término da vida o que pode não trazer benefício por meio das tecnologias disponíveis nestas práticas, diante da irreversibilidade do quadro clínico do paciente e da doença, que se manifesta nas múltiplas esferas do ser humano anunciando a morte (DOYLE, 2009). O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a doença que mais ocasiona mortes no Brasil e que mais incapacita mundialmente devido ocasionar alterações cognitivas e neuromusculares, o que pode levar o paciente a alterações psicoemocionais e sócio-econômicos. A atuação dos profissionais da área da saúde é considerada imprescindível para a realização de uma assistência adequada e integral relacionada ao tema abordado (SILVA *et al.*, 2012). O que origina uma busca de melhores evidências que possam estar disponíveis, integrando à experiência clínica sugerida como a estratégia ideal e segura para a tomada de decisão em saúde, conduta que pode ser considerada prática baseada em evidências (BRASIL, 2010). Para que uma assistência ocorra favoravelmente, aos pacientes vítimas de AVE, a prática deve possibilitar um manejo que seja especializado em base de conhecimentos científicos específicos para que possa propiciar melhores resultados terapêuticos. Avaliar o paciente continuamente, e prescrevendo os cuidados de acordo com suas necessidades diárias; observar a integridade da pele do cliente, prescrevendo e realizando exercícios passivos e massagem de conforto nos membros afetados para que assim, haja circulação no local e reduza o edema; Apoiar extremidades e regiões articulares como medidas de prevenções de lesões; Utilizar Escala de Braden com o objetivo de avaliar o risco de uma possível úlcera por pressão (SILVA; SILVA, 2013). Avaliar acessos venosos prevenindo o risco de uma flebite e ou de uma lesão de pele; posicionar ergonomicamente para prevenir consequências posturais; incentivar

o paciente a verbalizar e deambular, sendo que assim, avaliará o grau de sua recuperação ou da gravidade de seu quadro clínico (DOYLE, 2009). Realizar o controle do balanço hídrico e registrar; Verificar se há sinais de desidratação ou hiper - hidratação; Observar sinais de desequilíbrio hidroeletrólítico; Controlar, Avaliar e anotar a quantidade de diurese; Avaliar e identificar sinais de obstipação; Se o paciente estiver impossibilitado de ingestão alimentar por via oral, é indicado início da alimentação por sonda nasogástrica ou nasoentérica; A alimentação deve ser realizada na posição adequada na qual o leito deve estar com a cabeceira elevada para evitar que o paciente seja asfixiado com o alimento; O teste de resíduo gástrico deva ser realizado antes da administração de dieta (DAVIES; HIGGINSON, 2013). A introdução da alimentação na sonda deve ser de gravidade lenta. Verificar se há necessidade de instalação de um CVD (Cateter Vesical de Demora), e prevenir a obstipação usando medidas de prevenção, como emolientes de fecal, adicionando fibras nas sondas de alimentação (MANICOM, 2011). O ato e a experiência de realizar cuidados com pessoas acometidas por AVE em domicílio tem ocorrido com frequência cada vez mais no cotidiano das famílias e nos hospitais, a política de incentivo a realização da alta dos pacientes mais cedo impõe um desafio constante para os enfermeiros em preparar o paciente e famílias para a organização de seus lares para que possam assumir os cuidados necessários próprios ou de familiares para detectar, prevenir e controlar situações que possam ocorrer (SANTOS *et al.*, 2017). Os cuidadores familiares devem receber orientações advindas dos profissionais relacionadas aos cuidados com a saúde que são necessários a pessoas acometidas de AVE, e assim, considerando e respeitando a base de suas crenças sugestões de possíveis experiências anteriores, ocorrendo assim, a troca de informações com outras pessoas. O reconhecimento das atividades de cuidados realizados no domicílio e das dificuldades encontradas pelos cuidadores da família do paciente incapacitado por AVE pode contribuir para as ações educacionais da enfermagem para que desenvolvam atividades de preparação para a alta hospitalar, e de acompanhamento domiciliar (LOPES *et al.*, 2013).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se, de uma revisão integrativa de literatura ou bibliográfica dos conhecimentos produzidos sobre o papel do Enfermeiro frente aos cuidados paliativos com pacientes vítimas de AVE. A revisão integrativa de literatura é caracterizada, uma análise de literatura, que pode possibilitar uma discussão de um determinado tema (GIL, 2006). Esta pesquisa está caracterizada também, em um estudo de abordagem qualitativa, que tem como finalidade identificar o grau de conhecimentos do enfermeiro em relação aos cuidados paliativos com pacientes vítimas de AVE. A pesquisa qualitativa valoriza a familiaridade entre o pesquisador e o objeto ou situação que está sendo estudado (CAMPI, 2012).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para tanto foi necessário à realização de uma revisão literária, a qual possibilitou o conhecimento de vários conteúdos referenciais nos quais foram selecionados alguns artigos que responderam aos critérios de inclusão neste estudo mediante busca eletrônica, por artigos científicos indexados na Reben, Lilacs. Scielo entre outros a qual foi realizada no período de fevereiro a outubro de 2017. Realizados levantamentos de informações em diversas literaturas, e mediante a análise foram selecionados 42 artigos, 10 manuais que possuíam interligação com o tema em questão e dentre esses foram utilizados para a pesquisa cerca de 27 artigos e 4 manuais, sendo que os artigos foram mais utilizados nesta revisão literária com o intuito de agregar e proporcionar uma aprendizagem acadêmica e profissional.

3.3 COLETA E ANÁLISES DOS DADOS

O objetivo deste estudo é identificar o grau de conhecimentos do Enfermeiro em relação aos cuidados paliativos com pacientes vítimas de AVE através de uma seleção de alguns materiais já desenvolvidos, elaborados, publicados e impressos, mas, com autores de conceitos diferentes no que se relaciona ao tema abordado. Segundo Gil (2006), a revisão bibliográfica pode ser desenvolvida a partir de leituras de materiais em livros, revistas publicações avulsas e impressões escritas. E esse tipo de pesquisa é destinada ao

norteamento do pesquisador com aquilo que já foi escrito sobre determinados assuntos, e com isso permitir e aprofundar o conhecimento e fundamentar novas ideias acerca do tema proposto. O norteamento para Gil (2006) refere-se ao planejamento de uma pesquisa em sua totalidade ampla, envolvendo a organização quanto à previsão de análise e interpretação dos dados coletados.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os preceitos éticos serão respeitados, na medida em que os autores das obras utilizadas forem devidamente referenciados ao longo do trabalho, de acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Os direitos autorais foram preservados de acordo com a Lei de Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 1998).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para que pudéssemos realizar a análise das respostas objetivas desse estudo, foi necessário, a realização de levantamentos de informações em diversas literaturas, e mediante a análise foram utilizados nesta revisão literária dados que foram obtidos em anos de publicações que variaram de 2005 a 2017, nos quais analisou-se que de acordo com a análise desses dados, observou-se que alguns autores procuram dar ênfase nos cuidados de enfermagem, porém, outros já priorizam os cuidados paliativos demonstrando também, a importância dos familiares, do psicológico e do bem – estar geral das pessoas envolvidas no que está relacionado ao tema abordado. O que foi observado, que, os Cuidados Paliativos podem favorecer conforto no que se refere ao óbito dos pacientes que não possuem possibilidades de cura devido aos cuidados serem realizados em sua residência o que pode reduzir as internações hospitalares desnecessárias demonstrando a necessidade da ampliação do cuidar neste sentido e também da assistência aos pacientes em situação de terminalidades.

Percebeu-se que as alterações que cada família possui relacionadas a doença de um dos seus membros pode depender do papel social do paciente, da faixa etária, do sexo e da própria estrutura familiar. Estas e outras questões podem influenciar em todo o processo de ajustamento, e também, na dinâmica e na percepção que cada um dos intervenientes tem sobre os acontecimentos relacionados à enfermidade.

Assim, visualizou-se também, que, os cuidados continuados em domicílio, encontra-se e favorecem aos princípios dos Cuidados Paliativos, que podem afirmar a vida reconhecendo a morte como um processo natural e de aceitação ao paciente e aos seus familiares sem antecipação ou retardamento, providenciando assim, o alívio da dor e de outros sinais e sintomas físicos, integrando os aspectos que lhe envolve psicológico e social do cuidado ao paciente, oferecendo um tratamento que envolve um sistema que dá suporte a vida do indivíduo o que pode oferecer para auxílio a família e cooperação durante a doença e o cuidado pós morte.

Autor/Ano	Objetivos	Títulos	Resultados
Lacerda et al, 2006	Verificar de como é realizada a assistência domiciliar à saúde na UBS da ESF.	Atenção à Saúde no domicílio: modalidade que fundamenta sua prática.	O reconhecimento em suas diferentes dimensões pelos profissionais que o exercem para buscar a integração e continuidade de suas ações anteriores.
Fonseca; Rebelo, 2011.	Identificar as necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa em fase terminal e respectivos cuidados de enfermagem.	Necessidade de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos.	As necessidades do cuidador da pessoa em fase terminal como, capacitação e treinamentos.
Siqueira, 2005	Compreender o significado atribuído pela equipe de enfermagem aos cuidados paliativos com pacientes terminais.	Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem.	Cuidar de pacientes terminais exige mais que conhecimentos técnico-científicos, requer compreensão de individualidade a partir de um relacionamento interpessoal de valorização da pessoa humana.
Manicom, 2011	Fornecer atualização no cuidado paliativo no que se refere a identificação dos sintomas.	Manual de cuidados Paliativos.	Melhorar a qualidade de vida dos pacientes e famílias encontrando o nível de controle, da prevenção e o tratamento do sofrimento.
Blanchini, 2009	Buscar e analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o cuidado de enfermagem prestado ao paciente na fase aguda do AVE.	Cuidado de enfermagem ao paciente com AVE: revisão integrativa.	Obter a ampliação de conhecimento referentes aos cuidados com pacientes vítima de AVE.
Abreu, 2010	Verificar se as intervenções do enfermeiro interferem na demora de internamento hospitalar.	Cuidados de enfermagem de reabilitação no doente com AVE e a demora de internamento hospitalar.	A demora média de uma internação hospitalar é um indicador importante para aferir a eficiência e a qualidade dos

			estabelecimentos.
Doyle, 2009	Divulgar e inculcar nos futuros profissionais membros e a comunidade a cultura da solidariedade e do humanismo.	Cuidados paliativos	Um incentivo para que seja aprimorado a qualidade de vida das pessoas que enfrentam a difícil realidade da não possibilidade de cura.
Connor; Aranda, 2008	Incentivar à enfermagem as práticas dos Cuidados Paliativos	Guia Prático de Cuidados Paliativos	Reduzir o número de internação hospitalar e assim, amenizar o sofrimento de pacientes em estados terminais.
Oliveira et al, 2010	Analisar a importância do psicológico nos casos de pacientes sem possibilidade de cura.	Apoio Psicológico na terminalidade: ensinamento para a vida.	Buscar a aceitação do paciente e familiares a impossibilidade de cura.
Silva et al, 2012	Demonstrar a relevância dos familiares na participação nos Cuidados Paliativos juntamente com a enfermagem em pacientes oncológicos.	Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica.	Buscar a participação e o apoio da família na realização dos cuidados paliativos junto ao paciente em estado terminal.

Quadro 4 - Alguns artigos utilizados na pesquisa estão expostos resumidamente

Identificou-se também, que a reflexão para a realização dos cuidados, de higiene pessoal e conforto do paciente no Cuidado Paliativo deve iniciar de um planejamento que envolva o cuidar humanizado devido a questão do tempo que o indivíduo possui e suas possibilidades futuras. Este tempo é do paciente que é certamente diferenciado daquele de quem dele cuida. Analisando-se que devido ao desconforto e a dor o cuidado é considerado uma ponte para melhora e recuperação breve, porém, entendendo que quando se fala em melhora, a ideia remetida é a perspectiva de cura. É nesse momento que o paciente ou familiares podem interferir na realização desses cuidados por não ocasionarem a cura do cliente (FARESIN; PORTELA, 2009).

Analizou-se que é possível reconhecer que a palavra conforto possui um significado relevante de forma significativa devido emergir a promoção do conforto e a dimensão física de confortar e que possui vários significados nos quais estão relacionados o fortalecimento, a certificação, a corroboração, o consentimento, a consolação, o alívio, o assistir, o ajudar e o auxílio assumindo significação de ato de confortar a si e de confortar o outro. Ao desenvolver a pesquisa percebeu-se a ausência de humanização no cuidar de pacientes em estágios terminais o que demonstrou que a equipe de enfermagem se mostra preocupada com os problemas que podem surgir no cotidiano da categoria em questão, deixando assim, de observar a relevância daquilo que é de importância fundamental ao ser humano.

A resistência de defesa e de sobrevivência faz ocorrer um desenvolvimento de mecanismo, podendo ultrapassar todos os limites. É primordial a união dos cuidados paliativos a cuidados com assistência mais humanizada, não de forma considerada como uma obrigação, mas, deve ser realizado como um ato de amor, respeito e solidariedade ao próximo (BARUZZI; IKEOKA, 2013).

Reconhece-se que as pessoas portadoras de DC que são acometidas pelo AVE, independentemente da faixa etária, revestem-se, abrupta e continuamente, de incapacidades o que constitui um grave problema de saúde para os familiares, na comunidade e nação em geral ressaltando que a pessoa que perpassa pela situação é quem mais sofre com a doença e seus efeitos.

Verificou-se que a oportunidade da realização dessa revisão literária sobre o AVE focou nas particularidades da assistência à população portadora de Doenças Crônicas vítimas de AVE, o que despertou uma nova concepção de enfermagem a esses pacientes envolvendo a realização dos cuidados paliativos, com a implementação da prescrição de enfermagem a ser aplicada aos seus familiares (DAVIES; HIGGINSON, 2013).

4.1 DIAGNÓSTICO PRECOCE EM PACIENTES VÍTIMAS DE AVE

No que se refere ao diagnóstico precoce desses pacientes um dos autores considera que o indivíduo deve ser abordado pela equipe de saúde priorizando a realização da triagem que deve ser iniciada pela aferição de sinais vitais, da glicemia capilar, secundarizando o exame neurológico do paciente para

detectar a exposição de risco, e assim, medidas de controle para reduzir os danos. Outro aponta a realização e o detalhamento do exame físico do paciente, não deixando de ressaltar a escuta do mesmo devido a anamnese ser considerada um auxílio importante em um diagnóstico e que pode fazer a diferença. Observa-se, que os autores possuem conceitos diferenciados relacionado ao tema discutido neste estudo, o que demonstra que não estão de acordo com o que o Ministério da saúde preconiza atualmente.

De modo geral, considera-se a atuação da enfermagem ampla e que pode propor a realização de cuidados efetivos, prevenção de agravos e prestação de acolhimento ao paciente objetivando soluções positivas para as situações de riscos aos quais o cliente estar envolvido (BRASIL, 2012).

Nota-se que a capacitação se faz necessário para os enfermeiros atuantes devido a sua contribuição de aprimoramento das práticas de saúde aos pacientes acometidos por AVE. Portanto, é relevante que a abordagem ao paciente vítima de AVE considere os sintomas e os fatores de riscos para que fique em evidência o diagnóstico precoce para que haja o planejamento e o desenvolvimento de medidas que possam contribuir para o bem-estar e proporcionar o alívio dos sintomas do indivíduo que vivencia a situação e de seus familiares.

Identificou-se que os profissionais de enfermagem prestam cuidados para pessoas que professam uma gama vasta e variada de religiões, assim, ao abordar o paciente e seus familiares o acolhimento deve ser holístico de forma que sintam-se bem acolhidos e com igualdade visando à ação do cuidado na dimensão pessoal e espiritual para que promova o bem-estar dos que estão envolvidos distinguindo as características individuais de cada pessoa contribuindo para a personalização do cuidado e para a construção das competências e habilidades que são indispensáveis para a eficiência satisfatória da prática realizada pelo profissional (SILVA *et al.*, 2012).

4.2 A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES VÍTIMAS DE AVE

No que está relacionado a importância do enfermeiro em relação aos cuidados paliativos em pacientes com AVE, o papel do enfermeiro torna-se

primordial nesta assistência devido sua função ofertar oportunidades diversas de estar em contato continuado com o ser humano desde o seu primeiro momento de vida, o que afirma que a assistência qualificada é responsabilidade que reabilita e restaura a saúde o que define o enfermeiro como peça de grande relevância ao cuidado prestado de forma paliativa. Assim, observa-se que os autores concordam com a importância do enfermeiro, porém, reconhecem que há necessidade da construção e definição de normas e rotinas por meio de protocolos de atendimentos o que facilita a discussão referente ao tema.

De acordo com as opiniões dos autores referente ao tema em questão, nota-se que para os enfermeiros, as ações de enfermagem em cuidados paliativos devem priorizar a promoção do conforto, cuidados que proporcionam conforto a pacientes que estão em estado terminal devido ser vítima de uma patologia que evoluiu para um estágio que não há possibilidade de cura nem por meio de tratamento o que contribui para que haja várias alterações na vida do indivíduo e familiares (PESSINI, 2016).

Constatou-se que a necessidade de integração precoce entre cuidados curativos e paliativos em pacientes vítimas de doenças incapacitantes vem sendo abordada em literaturas, porém, os autores apresentam diferentes opiniões e com utilização de estratégias diversificadas para fomentar essa prática, o que demonstra a necessidade de investimento na educação permanente dos profissionais de saúde, independente do modelo a ser seguido, proporcionando condições de reconhecimento do paciente necessitado de cuidados paliativos, melhor prognóstico e a identificação das dificuldades apontadas pelo cuidador e assim, reforçando as recomendações deste serviço que é destinado ao tratamento de pessoas em condições clínicas graves e de risco, porém, sem probabilidade de sobrevida e recuperação.

Visualizou-se pelo relato dos autores a utilização da SAE deve ser considerado importante devido a oportunidade de planejar as ações que serão realizadas o que poderá validar os cuidados prestados de forma eficaz o que proporcionará o bem-estar e conforto do paciente. Apesar dos cuidados não serem prerrogativas de uma única profissão, é inegável, que a enfermagem que possui mais oportunidade de cuidar deve incorporar as funções como

objetos essenciais de suas práticas, devido ser evidenciada a presença desses profissionais contínua junto ao paciente (BURLÁ, 2014).

Portanto, assim, o enfermeiro e sua equipe conseguem realizar a assistência e apoiar o paciente e familiares nas alterações físicas, emocionais, sociais e espirituais, o que identifica as suas reais necessidades de maior conforto. Considerando-se a relevância e magnitude para a realização da prática assistencial dos enfermeiros, observa-se que a discussão dessa temática é necessária para que haja a melhoria da qualidade assistencial prestada a qual fundamenta a prática a partir dos preceitos técnicos, científicos e éticos que emergem na situação de doença e morte iminente de um indivíduo.

Embora a ideia central de conforto tenha sido abordada nas literaturas como parte do cuidado físico, com foco nas ações voltadas para a higiene, posição adequada do cliente no leito, manutenção da integridade da pele e corporal, do sono e repouso, Davies; Higginson, 2013 afirmam que o conforto é considerado um aspecto relevante do cuidado ressaltando a qualidade da assistência de enfermagem uma prática que pode ser entendida por ela como da responsabilidade precípua da enfermeira no que está relacionado ao processo de restauração da saúde.

O conforto pode ser descrito em três etapas: na primeira o enfermeiro avalia as necessidades de conforto do indivíduo apresenta de forma holística considerando físico, psico-espiritual, sócio cultural e ambiental. Já na segunda etapa, a enfermagem implementa variedades de intervenções nos cuidados mensurando ou avaliando os níveis de conforto e seus resultados após a realização das intervenções de enfermagem, o que pode variar de forma positiva ou negativa, mas que deve ser considerado o alcance do conforto em todo o processo do desenvolvimento dos cuidados. E na terceira etapa, o envolvimento da família e do paciente no processo da busca de conforto reforça a necessidade de preparação, possibilitando a permanência do acompanhante e sua colaboração no cuidar, com definições claras e atuação, que não comprometa a qualidade do cuidado, garantindo os aspectos éticos.

4.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS AOS PACIENTES INCAPACITADOS POR AVE

Ao se referir aos cuidados de enfermagem a pacientes incapacitados por AVE, um dos autores afirma que a assistência de enfermagem deve surgir por meio de um diagnóstico e prescrição de enfermagem ocasionando na realização de um plano de cuidado que será executado pela equipe atuante nesses cuidados, porém, outro autor fala, que a enfermagem atualmente considera relevante apenas a realização de técnicas e procedimentos, o que reduz a importância psicológica e espiritual do paciente e familiar. Já o terceiro autor relata que o saber do enfermeiro em relação ao tema, é de indiretamente envolvido as técnicas e procedimentos seguindo um mesmo objetivo de manter ou preservar o conforto do doente, o que torna a atuação do enfermeiro importante em uma assistência realizada de forma integral e adequada.

Ao realizar a pesquisa identificou-se que os cuidados de enfermagem a paciente com AVE estar relacionado a reabilitação motora e funcional que é de fundamental importância e que a administração de medicamentos é um suporte no tratamento do paciente. O monitoramento das funções fisiológicas está relacionado a aferição dos sinais vitais e eliminações. O planejamento dos cuidados em domicílio deve ocorrer devido a orientação aos familiares relacionada a alta do paciente quando há internação hospitalar (SILVA *et al.*, 2015).

Os cuidados emocionais devem ser realizados para o cliente e seus familiares devido ao impacto da doença afetar toda a família em seu contexto estrutural. O enfermeiro deve se atentar aos cuidados para a prevenção de complicações e traumas na pele e no corpo do paciente. A avaliação deve ser contínua para o uso da terapia trombolítico e acompanhamento na qual deverá ser observada as respostas positivas ou negativas ao tratamento realizado.

A triagem deve ser realizada de acordo com a necessidade do quadro apresentado pelo paciente. o monitoramento clínicos e neurológicos devem ser periódicos, e quanto aos cuidados relacionados às atividades de autocuidado devem ser repassadas aos familiares por meio de treinamentos e orientações claras para que haja o entendimento para que seja realizado de forma

adequada. O cateterismo vesical de demora é realizado para o controle do volume urinário. A administração de oxigênio por meio de cateter nasal é realizado de acordo com a necessidade do paciente para o auxílio no processo da respiração (SILVA *et al.*, 2013).

O cuidado oral está incluído no cuidado do corpo, como o banho no leito ou de imersão. O posicionamento correto do paciente no leito está relacionado as mudanças de decúbitos para auxiliar na prevenção de úlceras de pressão. A aspiração deve ocorrer quando o paciente demonstrar sialorreia ou índice de secreção na cavidade oral. A massagem de conforto é realizada de forma generalizada proporcionando o conforto e o bem-estar do paciente. Ressaltando que o índice de massa corporal do mesmo deve ser anotado para o controle do peso do paciente (BURLÁ, 2014).

Notou-se que a educação do paciente e dos familiares sobre o tratamento estar relacionado ao processo de cuidado, as intervenções que serão realizadas e o resultado esperado desse cuidado considerando a informação sobre as consequências que a doença pode ocasionar e a prevenção da recorrência da patologia orientando sobre o repouso no leito e treinamento da equipe para o cuidado.

Observou-se que o cuidar envolve longos períodos de tempo prestados ao doente o que pode provocar desgaste físico e psicológico devido doenças em estágios terminais gerarem hospitalizações periódicas e tratamentos prolongados, ocasionando alterações não apenas na vida do doente, mas também de suas famílias que, por meio da ineficácia do tratamento curativo, confronta-se com o natural da doença e a fase paliativa.

De modo geral, observou-se que a partir das evidências científicas e do estudo da realidade investigada, sugere-se que o modelo consultivo seja o mais apropriado no momento para implementação dos cuidados paliativos, considerando que as instituições não possuem uma unidade especializada em cuidados paliativos com um capital humano especializado, assim, a equipe qualificada poderá ser acionada por meio de parecer entre os profissionais da saúde e de diferentes categorias, para atuar juntamente com outras equipes desempenhando um papel fundamental no processo de triagem adequado dos

pacientes, o que poderia auxiliar nas possíveis indicações de cuidados e nas tomadas de decisões de fim da vida (DAVIES; HIGGINSON, 2013).

Pode-se identificar que uma das medidas que pode facilitar no planejamento da assistência, é o compartilhamento das tomadas de decisão que quando compartilhada se baseia nas discussões que podem abertas e honestas das razoáveis opções de tratamento não implica em comunicação clara e constante visando a estabelecimento da relação de confiança, especialmente, com os familiares.

Observa-se que a má comunicação cria esperanças de cura, o que implica na não aceitação dos limites terapêuticos e desencadeia o processo de luto patológico. O déficit de conhecimentos ou desinteresse por cuidados paliativos, é a consciência de aceitação de não atuar na busca da cura, e a impotência diante da morte inevitável, questões que podem influenciarem na tomada de decisão, resultando na busca de tratamento hospitalar o que pode resultar em ocupações indevidas de leitos (BIANCHINI, 2009).

Analizou-se que o aumento de expectativa de vida da população brasileira é uma realidade e, devido a decorrência de viver mais, há um crescente aumento do índice de doenças crônica e degenerativa, que podem impor novas demandas familiar. A perspectiva, ressalta-se que esta constitui-se em um espaço para a realização do cuidado, e o desempenhar deste papel de forma adequada, demonstra a necessidade que os possíveis cuidadores sejam treinados desde o princípio e orientados e preparados para que na alta hospitalar seja uma importante ferramenta para os cuidados em casa. Percebeu-se que nesta pesquisa estão elencadas diversas atividades que são possíveis de serem realizadas pelos cuidadores da família que podem necessitar de envolvimento com o nível e grau de dependência de cada paciente (BARUZZI; IKEOKA, 2013).

Conclui-se que os dados obtidos permitem a identificação da frequência das atividades realizadas, mas não refletem a dimensão de envolvimento exigido para a execução das mesmas. Nesse sentido, o trabalho realizado sobre os Cuidados Paliativos e assistência prestada a pessoas vítima de AVE com dependência ou em estado terminal aponta a determinação das atividades que devem ser realizadas e o grau de ajuda necessária que pode ser parcial ou

total não é semelhante a real situação do cotidiano enfrentado pelo familiar cuidador e toda a família.

Em geral, nas literaturas é enfatizada a relevância e a necessidade da participação e do incentivo ao paciente para seu autocuidado, o que destaca que a família deve ser orientada para que haja a cooperação nesse sentido, para permitir ao paciente a tentativa de realizá-lo. Porém, observa-se que os medos e angústias e a dificuldade em expressá-los abertamente faz um comportamento e atitude passiva diante dos cuidados recebidos (FONSECA; REBELO, 2011).

Durante a pesquisa realizada, analisou-se que os profissionais reconhecem a relevância dos cuidados paliativos, o que identificou-se, um entendimento fragilizado, relacionado aos pacientes em terminalidade de sua vida e as dificuldades reconhecidas para a realização da triagem, prognóstico, reconhecimento do paciente em cuidados paliativos, o compartilhamento do processo de tomada de decisão entre a equipe, o planejamento do cuidado integral, adotando os temores de repercussões éticas e legais do indivíduo.

Percebe-se que este evento pode possibilitar a ampliação horizontal do cuidado paliativo em um futuro próximo e a realização de possível implantação da visita domiciliar para pacientes prioritários. E aprimorar a dinâmica enfermeiro, paciente e família, o que seria um indicador para a redução do tempo de internação e assim, melhorar a qualidade de vida do paciente. De acordo com os artigos que foram selecionados foi verificada a importância dos cuidados paliativos no atendimento dos pacientes possuem possibilidades terapêuticas de cura, no qual o processo de cuidar é priorizado ao processo de tratar (BRASIL, 2012).

Observou-se, nesses cuidados, a relevância é reconhecida na abordagem humanística, que deve ser pautada na valorização da vida e na compreensão da morte como condição natural, que centra o indivíduo e sua família, tendo um caráter multidisciplinar, no sentido de controle e alívio, não apenas no sofrimento físico, mas também, no psicossocial e espiritual do indivíduo, a fim de se alcançar um cuidado integral, direcionado pelos princípios éticos dos direitos humanos tomando como base de dados revelados nos artigos pesquisados a necessidade de formação de profissionais e criação de serviços

de cuidados paliativos, devido no Brasil ainda não possuir alguma estrutura física e humana que possa atender a demanda por estes cuidados que ainda é pouco realizado.

Analisou-se que nos artigos selecionados ocorre um maior número de intervenções de enfermagem assistenciais que envolve as orientações educacionais tanto aos familiares quanto a equipe envolvida no cuidado ao paciente. Porém, as assistenciais que estão mais relacionadas aos aspectos biológicos dos pacientes, foram encontradas em alguns artigos que abordam os cuidados de enfermagem de forma preventiva (ABREU, 2010).

Em relação às intervenções de enfermagem educativas correspondente ao paciente com acidente vascular encefálico, os artigos correlacionados ao tema apontam que o papel do enfermeiro para a realização das intervenções, possui um enfoque educativo para os familiares e cuidadores. Os resultados deste estudo poderão subsidiar a elaboração de protocolos clínicos por enfermeiros que estão de certa forma envolvidos nos cuidados aos pacientes com acidente vascular encefálico na fase terminal ou de hospitalização podendo ser utilizado, como um guia para realização de treinamentos de alunos de graduação, pós-graduação e, assim, para enfermeiros assistenciais. Por meio deste estudo verificou-se que os Cuidados Paliativos podem favorecer no que se refere ao óbito dos pacientes que não possuem possibilidades de cura devido aos cuidados serem realizados em sua residência o que pode reduzir as internações hospitalares desnecessárias.

Observa-se que a pesquisa realizada demonstra a necessidade da ampliação do cuidar neste sentido e também da assistência aos pacientes em situação de terminalidade. Assim, os cuidados continuados em domicílio encontra-se e favorecem aos princípios dos Cuidados Paliativos, que podem afirmar a vida reconhecendo a morte como um processo natural e de aceitação ao que se refere ao paciente e aos seus familiares sem antecipação ou retardamento, providenciando assim, o alívio da dor e de outros sinais e sintomas físicos, integrando os aspectos que lhe envolve psicológico e social do cuidado ao paciente, oferecendo um tratamento que envolve um sistema que dá suporte a vida do indivíduo o que pode oferecer para auxílio a família e cooperação durante a doença e o cuidado pós morte.

5 CONCLUSÃO

Observou-se, que, os Cuidados Paliativos podem favorecer conforto no que se refere ao óbito dos pacientes que não possuem possibilidades de cura devido aos cuidados serem realizados em sua residência o que pode reduzir as internações hospitalares desnecessárias demonstrando a necessidade da ampliação do cuidar neste sentido e também da assistência aos pacientes em situação de terminalidade.

Percebeu-se que o sofrimento e as alterações, que ocorrem a cada família, estão relacionadas à doença de um dos seus membros podendo depender do papel social do paciente, da idade, do sexo e da forma estrutural da família em questão. Questões que podem trazer influência no processo de ajustamento geral, e também, na dinâmica e na percepção que cada um dos intervenientes tem sobre os acontecimentos.

Foi identificado que a reflexão para a realização dos cuidados de higiene pessoal e conforto do paciente no Cuidado Paliativo deve iniciar de um planejamento que envolva o cuidar humanizado devido a questão do tempo que o indivíduo possui e suas possibilidades futuras. Este tempo é do paciente certamente diferenciado do tempo de seu cuidador. Analisa-se que devido ao desconforto e a dor o cuidado é considerado uma ponte para melhora e recuperação breve, porém, entendendo que quando se fala em melhora, a ideia remetida a uma perspectiva de cura.

Analizou-se que o cuidar e o cuidado demonstram com pacientes em casa não é mais uma tendência, é sim uma realidade. O cuidado informal sempre foi, e sempre será responsabilidade dos membros da família, devido alguns casos, apresentarem situações que englobam condições crônicas, de dependência que pode compreender parte do processo de cuidar no domicílio e possibilitar a identificação de carências e de fragilidade para que o enfermeiro possa dirigir sua atenção, priorizando a concentração de seu trabalho para que haja possivelmente, a continuidade do cuidado em casa.

Identificou-se que a recuperação do paciente é relacionada ao início de um programa de reabilitação que deve ser precoce e aos cuidados como forma de prevenção de deformidades, na qual a equipe de enfermagem deve estar

preparada de forma adequada para a realização desses cuidados e assim, estimular o próprio paciente e os familiares a realizá-los de forma correta.

Observou-se que é notória a ausência de capacitação e nota-se que se faz necessário para os enfermeiros atuantes devido a contribuição na proporção de aprimoramento das práticas de saúde aos pacientes acometidos por AVE. Portanto, é relevante que a abordagem ao paciente vítima de AVE considere os sintomas e os fatores de riscos para que fique em evidência o diagnóstico precoce para que haja o planejamento e o desenvolvimento de medidas que possam contribuir para o bem-estar e proporcionar o alívio dos sintomas do indivíduo que vivencia a situação e de seus familiares.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. Avaliação de procedimentos para o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. Tese de Mestrado Integrado em Medicina. **Universidade da Beira Interior**. 2010.
- ARBOIX, A.; GARCIA, E. L. In- mortality in middle cerebral artery infarcts: clinical study of 1355 patients. **Med. Clin. (Barc)** v. 19; 135 n. (3): p.109-14. 2010.
- BRASIL. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Acidente Vascular Cerebral, itinerários clínicos. Lisboa: **Lidel Edições Técnicas**, 2010.
- BRANCO, T.; SANTOS, R. Reabilitação da Pessoa com AVC. **Formasau**. Coimbra. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidados paliativos. Instituto Nacional de Câncer. 2012.
- BURLÁ, C.P.Y. L. [Palliative care: science and protection at the end of life]. **Cad Saúde Pública**. V. 30 n. (6): p. 1139-41. Portuguese. 2014.
- BARUZZI, A.C; IKEOKA, D.T. [End of life and palliative care in intensive care]. **Rev Assoc Med Bras**. V. 59 n. (6): p. 528-30. Portuguese. 2013.
- BIANCHINI, M.S. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: **Diagraphic**, p.14-9 n. 3. 2009.
- CAMPI, M. E. **Gestão contemporânea e novas práticas de mercado**. São Paulo: **Paco**, 2, n. 14, p. 374-383, jun. 2012.
- CONNOR, M.; ARANDA, S. Guia prático de cuidados paliativos em enfermagem. São Paulo: **Andrei**, 2008.
- CURROW, D.; AGAR, M. Populations who die without specialist palliative care: does lower uptake equate with unmet need? **Palliative Medicine**; v. 22: p. 43-50. 2008.
- DAVIES E, HIGGINSON IJ. Palliative care: the solid facts: **Geneva**, 2013.

DOYLE, D. Getting started: guidelines and suggestions for those starting a hospice/palliative care services. 2. ed. Houston: **IAHPC Press**, 2009.

FARESIN, C.; PORTELLA, M.R. Cuidados paliativos e o modo de cuidar: até onde vai o envolvimento? **Estud Interdiscipl Envelhec.** V.14 n. (2): p. 249-64. 17. Jun. 2009.

FONSECA, J. V. C; REBELO, T. Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos ; v.64 n. (1): p.180-4 2011.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: **Atlas**; 2006

LACERDA, M. R; GIACOMOZZI, C. M; OLINISKI, S. R; TRUPPEL, T. C. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde Soc.** V. 15 n. (2): p. 88-95 2006.

LAU, F. Using the Palliative Performance Scale to provide meaningful survival estimates. **Journal of Pain and Symptom Manegement**, in press, 2009.

LOPES M.E.L, FERNANDES M.A, PLATEL I.C.S, MOREIRA M.A.D.M, DUARTE M.C.S, COSTA T.F. Cuidados paliativos: compreensão de enfermeiros assistenciais. **UFPE** 2013.

MANICOM, C.I. Where do our patients die? A review of the place of death of cancer patients in Cape Town, South Africa. **Palliat Support Care.** V. 9n. (1): p. 31-41. 25. março, 2011.

MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 30. ed. Rio de Janeiro: **Vozes**, 2012.

NASCIMENTO, L.C; OLIVEIRA, F.C.S; MORENO, M.F; SILVA, F.M. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. **Acta Paul Enferm.** V. 23 n. (3): p. 437-40. Mai-Jun. 2010.

OLIVEIRA, E. A.; SANTOS, M.A.; MASTROPIETRO, A.P. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. **Psicol Estud.** V. 15 n. (2): p. 235-44. 18 Jun. 2010.

PESSINI L. [Life and death in the ICU: ethics on the razor's edge]. **Rev Bioét.** V. 24 n. (1): p. 54-63. Portuguese. 2016.

SAPORETTI, L. A. Espiritualidade em cuidados paliativos. **Cuidado paliativo, CREMESP**, v. 4. N. 1, p. 522-3, 9. 2008.

SANTOS, D.C; SILVA, M.M; MOREIRA, M.C; ZEPEDA,. K.G; GASPAR, R.B, 299 **Acta Paul Enferm.**v. 30 n. (3): p. 295-300, 2017.

SIQUEIRA, J. E. Doente terminal. **Cadernos de Bioética do CREMESP**, v. 1, 2005.

SILVA, R.S; SILVA, M.J.B. Enfermagem e os cuidados paliativos. In: Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. (org.). Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: **Martinari**, p.3-36. 10. 2013.

SILVA, M.M; MOREIRA, M.C.; LEITE, J.L.; ERDMANN, A.L. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. **Texto Contexto Enferm.** V. 21 n. (3): p. 658-66. 26. Jul-Set. 2012.

SILVA, R.S; PEREIRA, A.; MUSSI, F.C. [Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care]. **Esc Anna Nery.** V. 19 n. (1): p. 40-6. Portuguese. 2015.

SILVA C.F; SOUZA D.M; PEDREIRA, L.C; SANTOS, M.R; FAUSTINO, T.N. [Perceptions of the multi-professional team on the implementation of palliative care in intensive care units]. **Ciênc Saúde Coletiva.** V.18 n. (9): p. 2597-604. Portuguese. 2013.

GLOSSÁRIO

Anóxia – ausência de oxigênio no cérebro.

Tabagismo – consumo de tabaco.

Etilismo – consumo de álcool.

Êmese – vômito.

Sudorese – suor.

Amnésia – falta de memória.

Afasia – ausência da fala.

Disfagia – dificuldade de deglutir.

Hipertermia – febre.

Hipoglicemia – baixa taxa de açúcar no sangue.

Hemiplegia – paralisia.

Nasogástrica – é a introdução de uma sonda pela região nasal destinada ao estômago.

Sialorreia – salivação excessiva.