

PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) AGUDO EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

ACUTE STROKE PATIENTS IN PALLIATIVE CARE: A SYSTEMATIC REVIEW

Lígia Correia Vieira ¹; Manuela Vasconcelos de Castro Sales ²

RESUMO

Introdução: O acidente vascular encefálico (AVC), um importante problema de saúde pública, pode ter consequências catastróficas para o indivíduo e seus familiares. Cuidados paliativos (CP) são promovidos por equipe multiprofissional, com intuito de prevenir e aliviar sofrimentos de pacientes com doença ameaçadora à vida e de seus familiares. **Objetivos:** Identificar necessidades de CP em pacientes com AVC agudo grave e seus familiares. **Métodos:** Uma revisão sistemática foi conduzida nas bases de dados: MEDLINE, PubMed, SciELO, LILACS, DOAJ e Cochrane, em artigos publicados no período de 2000 a 2018. **Resultados:** Dos 114 artigos encontrados na busca inicial, 16 foram selecionados após aplicação de critérios de inclusão e exclusão. Mostraram discussões sobre prognóstico; prevalência de sintomas e principais barreiras de comunicação. Foi evidenciado que estes pacientes e seus familiares têm necessidades multidimensionais não atendidas. O principal motivo para solicitar CP foi a abordagem de diretivas avançadas de vontade e de cuidados de fim-de-vida. **Conclusão:** Há indicação e benefício à inserção de cuidados paliativos em pacientes acometidos por AVC agudo grave. Para isto, são fundamentais: o trabalho interdisciplinar da equipe de saúde, boa comunicação, estratégias educacionais e deliberação política.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Cuidados Paliativos; Prognóstico; Práticas Interdisciplinares

ABSTRACT

Background: Stroke, an important public health problem, can have catastrophic consequences for the individual and his or her family. Palliative care (PC) is promoted by a multiprofessional team to prevent and alleviate the suffering of patients with life-threatening illness and their relatives. **Objectives:** To identify needs to PC in severe acute stroke patients and their relatives. **Methods:** A systematic review was conducted in the databases MEDLINE, PubMed, SciELO, LILACS, DOAJ and Cochrane in articles published from 2000 to 2018. **Results:** Of the 114 articles found in the initial search, 16 were selected after application of inclusion and exclusion criteria. They showed discussions about prognosis; prevalence of symptoms and main communication barriers. It was evidenced that these patients and their families have multidimensional needs not met. The main reason for requesting PC was an approach to end-of-life decision-making and end-of-life care. **Conclusion:** There is indication and benefit the insertion of palliative care in patients affected by severe acute stroke. For this, the interdisciplinary work of the health team, good communication, educational strategies and political deliberation are fundamental.

Keywords: Stroke; Palliative Care; Prognosis; Interdisciplinary Placement

¹Médica Neurologista. Pós-graduanda em Cuidados Paliativos e Bioética pela Universidade de Fortaleza/Unimed-CE, Fortaleza, Ceará, Brasil.

²Médica Geriatra e Paliativista do Hospital Universitário Walter Cantídeo da Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutora e Ciências pela USP-SP, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Endereço para correspondência: Dra Lígia Correia Vieira. Hospital Geral de Fortaleza. Rua Ávila Goulart, 900 – Papicu, CEP 60155-290, Fortaleza - CE, Brasil. Tel.:+55 85 99660-3827. E-mail: draligiavieira@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos constituem uma área relativamente nova na atenção à saúde e de atuação para especialidades médicas. No cotidiano, profissionais de saúde podem se deparar com pacientes gravemente doentes e devem estar preparados para tratá-los adequadamente e prestar cuidados interdisciplinares.

O Acidente vascular cerebral (AVC) é um evento súbito que pode ser catastrófico, carregando um significativo risco de morbidade e mortalidade¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) tende a manter a posição de segundo maior ceifador de vidas do mundo pela próxima década². O paciente acometido por grave AVC pode seguir três trajetórias possíveis: reabilitação, óbito ou persistir gravemente sequelado³. Quando há um grave acometimento, a morte em 30 dias do ictus pode ser um resultado possível^{4,5,6,3} e a maioria dos pacientes sobreviverá com muitas incapacidades e dependência³.

Cuidados paliativos (CP) são intervenções de saúde centrados no paciente com doença ameaçadora de vida e seus familiares^{7,8}, sendo realizados por equipe multiprofissional para prevenir e aliviar sofrimentos multidimensionais (físicos, psicológicos, sociais e espirituais)⁹. Iniciaram-se na Inglaterra, na década de 60, voltados para os doentes com neoplasias avançadas, sem perspectivas de cura; hoje, aplicam-se em muitas outras afecções¹⁰. Na Neurologia, são mais aplicadas às doenças neurodegenerativas avançadas, como: demências, esclerose lateral amiotrófica, entre outras¹¹. As diretrizes da *American Heart Association* preconizam estes cuidados para os pacientes com AVC grave desde o início do quadro¹.

No Brasil, com aumento da expectativa de vida e por conseguinte, com o envelhecimento populacional¹², o AVC tende a permanecer um problema de saúde pública. Muitas vezes, observa-se o uso excessivo de terapias sustentadoras de vida¹³, porém sem capacidade de incrementar qualidade de vida. Subestima-se a necessidade de inserção precoce de CP para pacientes com AVC agudo grave¹⁴.

A ênfase da neurologia especializada tem sido no diagnóstico, manejo imediato do AVC para reverter os déficits em janela. Porém, o gerenciamento contínuo, nos dias que se seguem à fase hiperaguda do AVC, tem recebido menos atenção. Algumas vezes, CP em doença aguda são tidos como incongruentes, além do mais ainda temos uma inserção curricular sobre este tema insuficiente¹⁵. As publicações envolvendo estes dois temas, CP e educação médica, concomitantemente se restringem timidamente a

poucas revistas. Desta forma, o conhecimento necessário não se faz chegar aos diversos profissionais que compõem a equipe multiprofissional que precisam cuidar destes pacientes, nem aos especialistas.

Neste trabalho, intenta-se revisar o que se tem publicado nos últimos anos sobre cuidados paliativos para pacientes com AVC agudo. Assim, propõe-se verificar áreas críticas e barreiras à integração destes cuidados para estes pacientes, auxiliando-nos a compreender como superar essas dificuldades.

MÉTODOS

Estratégia de desenho e pesquisa

Foi realizada uma revisão sistemática, buscando-se artigos nas bases de dados: MEDLINE, PubMed, SciELO, LILACS, Diretoria de Revistas de Acesso Aberto (DOAJ) e biblioteca COCHRANE, de outubro a 5 de novembro de 2018. Para rastreamento das publicações foram utilizadas combinações, nos idiomas português, inglês e espanhol, de termos de busca a partir dos descritores em Ciências da Saúde – DeCS/MeSH: “*stroke*” and “*palliative care*”; (“*stroke*” or “*acute stroke*”) and “*palliative care*” and (“*prognosis*” or “*end-of-life*” or “*terminal**” or “*quality**”), utilizando-se dos operadores booleanos (AND e OR), de acordo com as especificações de cada base de dados.

Crítérios de inclusão e exclusão

Após o levantamento nas bases selecionadas, aplicaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos relevantes sobre CP em pacientes com AVC agudo; realizados em adultos maiores de 18 anos; com texto disponível na íntegra; publicados no período de 2000 a 2018; em inglês, espanhol ou português. Adotaram-se os seguintes critérios de exclusão: relato de caso, editoriais, artigos de revisão, protocolos e *guidelines*, dissertações e teses; em idioma diferente do inglês, espanhol ou português; cuja temática foge do escopo do estudo ou não especifica fase aguda de adoecimento do AVC; sem acesso ao texto do documento completo.

Análise dos resultados da pesquisa

Os artigos encontrados foram analisados primeiramente por meio de leitura de título e resumos, se houvesse dúvida, o artigo seria lido na íntegra. Posteriormente, após leitura de texto na íntegra e aplicação dos critérios defini-

dos, foram identificados os arquivos de interesse.

Extração de dados

Dados relevantes contidos no texto completo dos artigos selecionados foram identificados e compilados em uma tabela para organização de dados. Informações-chave com características e temáticas foram extraídas. Organizamos temas recorrentemente abordadas; prognóstico; sintomas; comunicação na abordagem de diretivas; cuidados no fim-de-vida; integração entre cuidados paliativos e tratamento de fase aguda de AVC. Um único pesquisador completou independentemente o formulário de abstração. Um segundo pesquisador verificou as inserções do primeiro revisor para conclusão, clareza e precisão. Em casos de discrepância, a interpretação final dos dados foi alcançada após concordância mútua. Uma metanálise não foi possível devido à diversidade dos estudos. Os resultados foram analisados e expostos de forma descritiva.

RESULTADOS

Dos 114 artigos encontrados, 16 foram incluídos na análise final. (Figura 1)

Dos estudos selecionados, 13 foram conduzidos na Europa, principalmente no Reino Unido. Todos foram publicados em inglês. Dez tiveram médicos como os autores principais; em quatro foram enfermeiras; e em dois, psicólogas. O ano com maior número de publicações foi 2014, com 25% (quatro). Observa-se um equilíbrio entre número de estudos quantitativos e qualitativos. COMO FORAM EXTRAÍDOS OS INDICADORES EM ESTUDOS QUALITATIVOS? A seguir, apresentados um panorama geral com as características e temáticas dos estudos selecionados. (Quadro 1)

Prognóstico

Maior risco de óbito intra-hospitalar comparado a outros doentes com afecções e indicação de CP^{16,17}, havendo registro de 75,9% óbitos após 1o. AVC¹⁸. Estima-se que entre 20% a 30% de mortalidade nos primeiros 30 dias¹⁹.

Quanto às características pré-morbidas. Maior idade^{18,20,21,17}, sexo feminino^{18,17}, fibrilação atrial²⁰ e raça branca¹⁷ foram apontados como preditores mortalidade. Para AVC isquêmico, demência, sexo masculino, Rankin

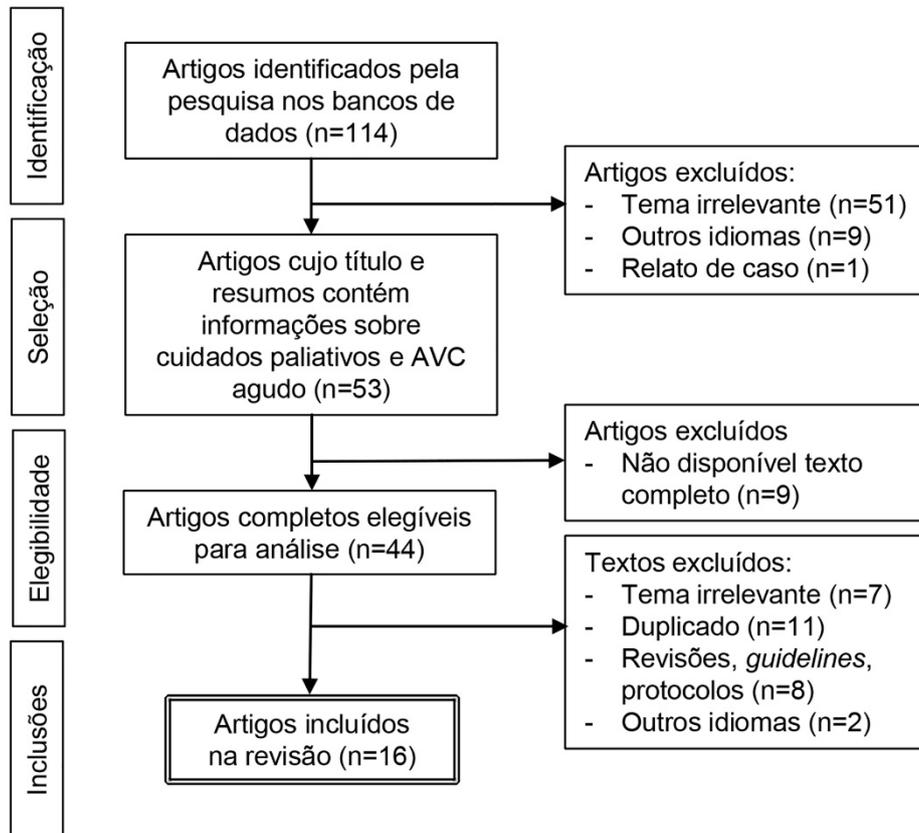


Figura 1: Processo de seleção dos artigos

Quadro 1: Características dos estudos selecionados sobre Cuidados Paliativos em pacientes com AVC agudo

Autor, Ano	País	População	Desenho do Estudo	Temáticas abordadas				
				P	S	C	FDV	F/P
Alonso et al, 2016 22	Alemanha	120 pacientes	Coorte retrospectiva*					
Blacquiere et al, 2013 24	EUA	15 familiares	Retrospectiva.**					
Burton e Payne, 2012 25	Reino Unido	28 pacientes 25 familiares 29 profissionais de saúde	Fundamentação teórica *					
Burton et al, 2010 23	Reino Unido	191 pacientes	Prospectivo observacional**					SPARC
Cowey et al, 2015 32	Reino Unido	100 pacientes 17 familiares 23 profissionais	Coorte prospectiva misto**					LCP
De Boer et al, 2015 29	Holanda	15 familiares	Entrevista qualitativa exploratória					
Doubal et al, 2018 30	Reino Unido	599 profissionais de saúde	Prospectivo exploratório					
Eriksson et al, 2014 26	Suécia	41 profissionais de saúde	Entrevista em grupos focais e individual					
Gardiner et al, 2013 19	Reino Unido	66 profissionais de saúde	Qualitativo com grupo focal e entrevistas individuais					LCP
Holloway et al, 2010 21	EUA	101 pacientes	Coorte retrospectiva**					
Jack et al, 2004 27	Reino Unido	20 pacientes	Coorte retrospectiva*					LCP
Nthohlang et al, 2015 18	Irlanda	54 pacientes	Coorte retrospectiva					
Parry-Jones et al, 2016 20	Reino Unido	65.818 pacientes	Retrospectivo observacional*					
Payne et al, 2010 28	Reino Unido	28 pacientes 25 familiares	Qualitativo exploratório **					EFDV
Poulalhon et al, 2018 16	França	17.015 pacientes	Retrospectivo observacional					
Sight et al, 2017 17	EUA	1.528 pacientes	Retrospectivo Observacional**					

Legenda: P = prognóstico; S = sintomas; C = comunicação; FDV = decisões e cuidados avançados de fim-de-vida; F/P = ferramentas e protocolos; EUA = Estados Unidos da América; SPARC = *Sheffield Performer & Audience Research Centre*; LCP = *Liverpool Care Pathway*; EFDV = Estratégia de Cuidados de Fim de Vida do *National Health Service (NHS)*;

* AVC isquêmico e Hematoma intraparenquimatoso;

** AVC isquêmico, Hematoma intraparenquimatoso e Hemorragia Subaracnóideia.

Obs.: 1. Em cinza, os artigos que abordaram a temática correspondente. 2. No item população, o quantitativo de pacientes refere-se somente a pacientes com AVC agudo

prévio e insuficiência cardíaca foram associados à mortalidade em 30 dias^{20, 21}. Alonso et al.²² não identificaram pacientes idosos, baixa funcionalidade ou demência como mais vulneráveis.

Quanto à apresentação clínica. Redução de nível de consciência (pontuada ≥ 1 para o item 1a do escore NIHSS) no ictus^{20,22} e disfagia no 1º dia do ictus foram apontados como variáveis independentes à transição para CP²². Índice de Barthel à admissão $<14-15$ foi considerado uma boa estratégia de rastreio²³. Porém, sem modificações pela pontuação ao NIHSS²².

Quanto à classificação do AVC. Comparado aos pacientes com AVC isquêmico, os com Hematoma intraparenquimatoso (HIP) apresentaram maiores taxas de

mortalidade em 30 dias^{21,17} e mais chances de iniciarem CP mais precoce, independente da clínica apresentada^{17,20}, especialmente se volume estimado maior que 60ml²². AVC isquêmico supratentorial extenso (definido como infarto maior que 2/3 do território da Artéria Cerebral Média ou infarto completo do território da Artéria Cerebral Anterior ou Artéria Cerebral Posterior) foi identificado como um possível indicador para CP²².

Diante do exposto, questionou-se o uso de taxas de mortalidade como medida de qualidade hospitalar para este perfil de pacientes¹⁷.

Sintomas

O tema sintomas foi abordado por nove artigos (5

6,3%)^{24,23,25,26,19,21,27,28,29,18} e em sua maioria se restringiram a serem descritivos, sem apontar condutas ou intervenções.

Físicos: dispneia e dor podem ser encontradas, geralmente decorrentes de exacerbações de morbidades prévias¹⁸. Destaca-se predomínio de sintomas menos comuns em relação a outros perfis de pacientes, como sialorreia e roncosp decorrentes de acúmulo de secreções²¹, dois artigos evidenciaram fadiga como o sintoma mais significativo^{23,25}. Disfagia foi o que mais angustiou familiares^{30,19}.

Emocionais: até 50% dos pacientes apresentaram sintomas psicoemocionais²². Familiares apontaram insatisfação com suporte oferecido^{24,26}, inclusive na fase de luto²⁶.

Sociais: identificaram-se pacientes com idade <55 ou >75anos e sexo feminino como os mais preocupados com o impacto da dependência para os familiares²⁵.

Espirituais: há necessidades espirituais não atendidas^{24,27}.

Comunicação no fechamento de diretivas

Comunicação foi abordada por 62,5% dos artigos (10 artigos) e diretivas antecipadas de vida por 75% (12 artigos).

Mesmo diante do espectro de possibilidades, recomenda-se, se possível, compartilhar prognóstico com o paciente, cuidador e familiares^{25,29}. Pontuaremos algumas dificuldades apontadas:

Quanto aos Pacientes. Alguns se encontravam severamente sequelados, afásicos³⁰ ou inconscientes^{22,23,25}. Assim, menos aptos a participarem das decisões²¹, necessitando de interlocutores que representem suas vontades^{22,31,27}.

Quanto aos familiares. Familiares, estes principais interlocutores, se beneficiam do apoio dos profissionais de saúde^{29,30,24}, ajudando-os a lidar com expectativas e comunicando-lhes as possibilidades de desfecho clínico^{30,32,27}. Boa relação interpessoal entre profissionais e familiares podem atenuar as dificuldades²⁸ e auxiliar abordagem de diretivas de vontade^{29,32}. Deve-se evitar imputar-lhes a obrigação do estabelecimento de diretivas e, sim, torná-los coparticipes³².

Quanto aos profissionais de saúde. Cabe médico o estabelecimento do prognóstico e muitas vezes a comunicação da notícia difícil¹⁹. Membros da equipe multiprofissional também se angustiam com as incertezas prognósticas, sendo particularmente difíceis lidar com fim-de-vida de pacientes mais jovens³⁰ ou com processo prolongado de morte³². Além disso, o condicionamento ao tratamento

curativo da fase hiperaguda e aguda traz perspectiva de desacordo com CP¹⁹. Para minimizar possíveis barreiras por isto, sugere-se um enfoque com base em valores comuns com ênfase em controle de sintomas e em qualidade de vida²⁶.

CP no final da vida

Em relação a pacientes com outros diagnósticos, foram mais frequentemente encaminhados para decisões de fim-de-vida²¹, sendo necessário aprimorar estes cuidados²⁶.

Sintomas. Observou-se aumento da prevalência de dispneia, à medida que se prolonga o morrer¹⁸ e que familiares podem ficar, particularmente desconfortáveis com processo de morte de pacientes com disfagia³².

Condutas avançadas de FDV. Ordem de não reanimar foi abordado por autores^{22,29,18,24,28}. Em um dos estudos, a maioria delas foi estabelecida em 48 horas da admissão²². Em outro estudo, pacientes com Hemorragia subaracnóidea (HSA) foram os mais submetidos à extubação paliativa²¹.

Outros cuidados. Foi possível retirada monitorização e se evitado procedimento cirúrgico²², hidratação venosa e descontinuação da alimentação enteral^{24,21}. Antibióticos foram as intervenções menos descontinuadas^{22,21} e discutidas²¹. Possibilidade de morte em casa foi nada ou pouco discutida^{28,19,30}.

Faz-se necessário reconhecimento de FDV para evitar exames e procedimentos desnecessários¹⁹, além de descontinuar intervenções inapropriadas²⁷.

Integração entre CP e cuidados para AVC agudo

A alta mortalidade em pacientes com AVC grave nos primeiros trinta dias^{18,22,32} torna cabível e recomendável a integração destes cuidados^{19,17,25}. E isto pode ser oferecida em conjunto com terapias direcionadas a profilaxia e reabilitação, visando incremento de qualidade de vida^{25,21}.

Em cinco artigos (31,3%), utilizaram-se ferramentas/protocolos para auxiliar nesta transição: três estudos adotaram o *Liverpool Care Pathway (LCP)*^{32,19,27}; um, a ferramenta de triagem *Sheffield Performer and Audience Research Centre (SPARC)*, recomendando seu uso para pacientes com índice de Barthel < 15/20^{25,23}; e outro, a Estratégia de Cuidados de Fim de Vida do *National Health Service (NHS)*²⁸.

Para esta integração, recomenda-se ainda colaboração e parceria com serviços de cuidados paliativos especializados¹⁹; educação e o treinamento de habilidades^{25,30}. Isto deve ser oferecido como um programa continuado para minimizar o impacto da rotatividade de membros da equipe de saúde na assistência³².

DISCUSSÃO

O AVC grave vem carregado de sofrimentos que surgem tão abruptamente quanto os déficits neurológicos acometidos. Embora nossa tecnologia tenha avançado bastante em últimas décadas/anos, infelizmente nem todos os pacientes afetados por AVC grave terão possibilidades de retornarem a suas casas com a mesma funcionalidade qualidade de vida de antes.

Prognosticar, assim como o estabelecimento do diagnóstico, é competência médica³³. Aqui não referimos a emitir uma sentença imutável de desfechos; e sim, discutir com os interessados – paciente, familiares e membros da equipe multiprofissional – as possibilidades de evolução clínica e desfecho³. Isto pode servir de alerta sobre a necessidade potencial de inserção de CP. Semelhante ao descrito no trabalho de Mourão et al.³⁴, nesta revisão também encontramos pacientes com AVC hemorrágicos com maiores complicações clínicas e mortalidade comparado ao AVC isquêmico. Cabe ao médico iniciar a discussão e compartilhar com a equipe multiprofissional.

Neste artigo, identificamos necessidades de cuidados não atendidas em pacientes com AVC agudo e em seus familiares. Como reforçado por Eriksson et al.³⁵, esses pacientes com AVC podem ter desconfortos equiparáveis aos pacientes com neoplasia. É de responsabilidade de toda a equipe multiprofissional prestar cuidados adequados³¹. Precisamos iniciar a discussão e implementação do conceito de cuidados centrados no paciente³⁶. Dessa forma, poderemos manter tratamento respeitoso e digno de acordo com os preceitos do paciente e seus familiares.

Há dificuldade em se reconhecerem essas necessidades em tempo que permitam abordagens mais adequadas, sendo frequentemente encaminhados para CP com objetivo de abordagem de diretivas ou cuidados de fim-da-vida³⁷. E muitas vezes momentos como este, são estressantes para família e equipe de assistentes, dificultando ainda mais a discussão sobre aplicabilidade de terapias sustentadoras de vida¹³.

Para uma integração precoce em CP, além da aquisição de conhecimentos cognitivos, teríamos que melhorar

substancialmente duas habilidades com pouco enfoque na formação da maioria dos membros das equipes de saúde, inclusive na formação dos especialistas: trabalho interdisciplinar e comunicação. Para Creutzfeldt et al.⁶, a formação dos profissionais de saúde precisa incluir competências múltiplas para manejar pacientes com demandas de alta complexidade. Hwang et al.³⁸, sugerem um programa de educação e o estabelecimento de parcerias com equipes especializadas em CP para suprir deficiências.

Esta revisão tem várias limitações. Apesar de ter encontrados 44 artigos, somente 16 correspondiam diretamente à questão pesquisada. Metade deles realizados em ambiente de prática similar: Reino Unido, berço da filosofia *hospice* moderna. Não foram incluídos trabalhos acadêmicos não publicados, o que pode tornar os resultados vulneráveis. Ainda, cada etiologia de AVC pode representar pacientes com necessidades de cuidados paliativos potencialmente distintas, e a maioria dos estudos analisados não citou ou estabeleceu correlação entre estas etiologias e as demandas específicas de cuidados. Além disso, os artigos utilizados podem não inferir corretamente nossa realidade, já que eram em sua totalidade estrangeiros e em alguns foi pesquisada uma pequena população.

DIREÇÕES FUTURAS

A escassez de publicações em nosso meio pode inferir também uma carência na aplicação de CP a pacientes com AVC agudo grave. Precisamos avançar na aquisição e divulgação de conhecimentos norteadores de práticas adequadas a estes pacientes. Isto inclui parcerias com centros formadores e perpassa por decisões políticas. Precisamos também de estudos em nosso contexto e desenho metodológico melhor delimitado.

CONCLUSÕES

Há evidências de indicação e benefício na inserção precoce de cuidados paliativos para doentes com AVC agudo grave e seus familiares. Apesar disto, não há dados disponíveis no contexto brasileiro. Os profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional precisam conhecer esta realidade. Assim, iniciar, o quanto antes, cuidados interdisciplinares centrados nestes pacientes e seus familiares, para que se aliviem seus sofrimentos e se evitem mais agravos. Estes pacientes e seus familiares apresentam demandas complexas, sendo fundamental o trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional. Temos que reconhecer que este olhar relativamente novo não

fez parte da formação da maioria dos profissionais de saúde atuam nos dias de hoje. Devido ao impacto econômico gerado, é possível que seja necessária deliberação política e ação dos gestores para auxiliar na divulgação e fomentar o treinamento de pessoal.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- Holloway RG, Arnold RM, Creutzfeldt CJ, Lewis EF, Lutz BJ, McCann RM, et al. Palliative and end-of-life care in stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association / American Stroke Association. *Stroke*. 2014 Jun; 45(6): p. 1887-916.
- World Health Organization. (WHO). Health statistics and information systems – Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. [Online]. Geneva; 2013 [cited 2018 Nov 6. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/em .
- Frontera JA, Curtis CR, Nelson JE, Campbell M, Gabriel M. Integrating palliative care into the care of neurocritically ill patients. *Crit Care Med*. 2015 Sep; 43(9): p. 1964-77.
- NHS Quality Improvement Scotland. NHS Quality Improvement Scotland and The University of Glasgow School of Nursing. [Online].; 2010 [cited 2018 Oct 12. Available from: http://www.gla.ac.uk/media/media_181951_en.pdf .
- Salomon S, Chuang E, Bhupali D, Labovitz D. Race/ethnicity as a predictor for location of death in patients with acute neurovascular events. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017 January 5; 35(1): p. 100-3.
- Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Curtis R. Palliative care: a core competency for stroke neurologists. *Stroke*. 2015 Sep; 46(9): p. 2714-9.
- Center to Advance Palliative Care. Center to Advance Palliative Care. [Online].; 2018 [cited 2018 October 12. Available from: <http://www.capc.org/about/palliative-care/> .
- World Health Organization. WHO. Definition of Palliative Care. [Online].; 2013 [cited 2018 October 12. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> .
- Worldwide Palliative Care Alliance. WPCA. WHO. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life England; 2014. Disponível em: < http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>. Acessado em: 12/Oct/2018
- Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Manual de cuidados paliativos ANCP. 2nd ed. Carvalho RT, Parsons HA, editors. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP); 2012; p. 23-30.
- Walbert T. Palliative Care in End-Stage Neurological Disease. In: Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine and Supportive Care. 2nd ed. Yennurajalingam S, Bruera E, editors. New York: Oxford University Press; 2016; p. 419-33.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada.. Manual de rotinas para atenção ao AVC Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
- Holloway RG, Benesch CG, Burgin WS, Zentner JB. Prognosis and Decision Making in Severe Stroke. 2005 Aug. 10; 294(6).
- Mead G, Cowey E, Murray S. Life after stroke - is palliative care relevant? A better understanding of illness trajectories after stroke may help clinicians identify patients for a palliative approach to care. *Int J Stroke*. 2013 Aug; 6(8): p. 447-448.
- Costa AP, Poles K, Silva AE. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. *Interface*. 2016 Maio 3; 20(59): p. 1041-52.
- Poulalhon C, Rotelli-Bihet L, Moine S, Fagot-Campagna A, Aubry R, Tuppin P. Use of hospital palliative care according to the place of death and disease one year before death in 2013: a French national observational study. *BMC Palliat Care*. 2018 May 16; 17(1): p. 17-75.
- Singh T, Peters SR, Tirschwell DL, Creutzfeldt CJ. Palliative care for hospitalized patients with stroke: results from the 2010 to 2012 national inpatient sample. *Stroke*. 2017 Sep 14; 48(9): p. 2534-40.
- Ntlholang O, Walsh S, Bradley D, Harbison J. Identifying palliative care issues in inpatients dying following stroke. *Ir J Med Sci*. 2015 Aug 8; 185(3): p. 741-4.
- Gardiner C, Harrison M, Ryan T, Jones A. Provision of palliative and end-of-life care in stroke units: a qualitative study. *Palliat Med*. 2013 Oct; 27(9): p. 855-60.
- Parry-Jones A, Paley L, Bray B, Hoffman A, James M, Cloud G, et al. Care-limiting decisions in acute stroke and association with survival: analyses of UK national quality register data. *Int J Stroke*. 2016 Apr; 3(11): p. 321-31.
- Holloway RG, Ladwig S, Robb J, Kelly A, Nielsen E, Quill TE. Palliative care consultations in hospitalized stroke patients. *J Palliat Med*. 2010 Apr; 13(4): p. 407-12.
- Alonso A, Ebert AD, Dörr D, Buchheidt D, Hennerici MG, Szabo K. End-of-life decisions in acute stroke patients: an observational cohort study. *BMC Palliat Care*. 2016; 15(1): p. 38.
- Burton C, Payne S, Addington-Hall J, Jones A. The palliative care needs of acute stroke patients: a prospective study of hospital admissions. *Age Ageing*. 2010 Jul; 39(5): p. 554-9.
- Blacquièrre D, Bhimji K, Meggison H, Sinclair J. Satisfaction with palliative care after stroke: a prospective cohort study. *Stroke*. 2013 Sep; 44(9): p. 2617-9.
- Burton CR, Payne S. Integrating palliative care within acute stroke services: developing a programme theory of patient and family needs, preferences and staff perspectives. *BMC Palliat Care*. 2012 Nov 9; 11(1): p. 11-22.
- Eriksson H, Andersson G, Olsson L, Milberg A, Friedrichsen M. Ethical dilemmas around the dying patient with stroke: a qualitative interview study with team members on Stroke Units in Sweden. *J Neurosci Nurs*. 2014 Jun; 46(3): p. 162-70.
- Jack C, Jones L, Jack BA, Gambles M, Murphy D, Ellershaw JE. Towards a good death: the impact of the care of the dying pathway in an acute stroke unit. *Age Ageing*. 2004 nov 1; 33(6): p. 625-6.
- Payne S, Burton C, Addington-Hall J, Jones A. End-of-life issues in acute stroke care: a qualitative study of the experiences and preferences of patients and families. *Palliat Med*. 2010 Mar; 2(24): p. 146-53.
- de Boer ME, Wojtkowiak J, Visser MC, Widdershoven GA, Francke AL, Hertogh CM. Life-and-death decision-making in the acute phase after a severe stroke: interviews with relatives. *Palliat Med*. 2015 May; 29(5): p. 451-7.
- Doubal F, Cowey E, Bailey F, Murray S, Borthwick S, Somerville M, et al. The key challenges of discussing end-of-life stroke care with patients and families: a mixed-methods electronic survey of hospital and community healthcare professionals. *J R Coll Physicians Edinb*. 2018; 48(3): p. 217-24.
- Cowey E. End of life care for patients following acute stroke. *Nursing Standard*. 2012 May; 26(27): p. 42-6.
- Cowey E, Smith LN, Stott DJ, McAlpine CH, Mead GES, Barber M, et al. Impact of a clinical pathway on end-of-life care following stroke: a mixed methods study. *Palliat Med*. 2015 Mar; 29(3): p. 249-59.
- Brasil. Lei nº12.842. Inciso X. Artigo 4º. 2013 Jul 10. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Disponível em: < <http://abran.org.br/wp/wp-content/uploads/2013/08/Lei-12.842-2013.pdf>> . Acessado em 20/11/2018.
- Mourão A, Vicente LC, Chaves T, Sant'Anna R, Meira F, Xavier R, et al. Perfil dos pacientes com diagnóstico de AVC atendidos em um hospital de Minas Gerais credenciado na linha de cuidados. *Revista Brasileira de Neurologia*. 2017 Dez; 53(4).
- Eriksson H, Milberg A, Hjelm K, Friedrichsen M. End of life care for patients dying of stroke: a comparative registry study of stroke and cancer. *PLOS ONE*. 2016 Feb 4; 11(2): p. e0147694.
- Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century Washington: The National Academies Press; 2001.
- Eastman P, McCarthy G, Brand CA, Weir L, Gorelik A, Le B. Who, why and when: stroke care unit patients seen by a palliative care service within a large metropolitan teaching hospital. *BMJ Support Palliat Care*. 2013 Mar; 3: p. 77-83.
- Hwang F, Boardingham C, Walther S, Jacob M, Hidalgo A, Gandhi CD, et al. Establishing goals of care for patients with stroke and feeding problems: an interdisciplinary trigger-based continuous quality improvement project. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Oct; 4(56): p. 588-93.