

Cuidados paliativos em pacientes neurológicos: uma revisão da literatura

Palliative care in neurological patients: a literature review

Cuidados paliativos en pacientes neurológicos: una revisión de la literatura

Érica Maria Meira Sousa¹, Maria Clara Costa Tavares¹, Maria Clara Sousa Moreira da Silva¹, Sthefany Lemos da Silva Barreto¹, Matheus Santos Marques¹.

RESUMO

Objetivo: Compreender os cuidados neuropaliativos, suas individualidades e o processo do cuidado. **Revisão bibliográfica:** Os cuidados paliativos são indicados em enfermidades avançadas, progressivas e incuráveis, mas pode ser por qualquer falta de possibilidade razoável de resposta a um tratamento específico, como em certas condições neurológicas abruptas. Assim, as doenças neurológicas progressivas degenerativas tendem a sugerir que a vida chegará ao fim, por isso, o indivíduo tende ao isolamento social e espacial, juntamente com depressão e solidão. A partir disso a equipe deve redirecionar seus esforços para o fornecimento de qualidade de vida para essas pessoas. Ademais, nesse momento delicado, a atenção com a família é essencial, reforçando a resiliência e evitando estressores no ambiente familiar. Para amenizar, é necessário que na equipe de cuidados paliativos tenha suporte psicológico e incentivo à busca espiritual como fonte de bem-estar. Se for bem abordado e com um diálogo aberto, o processo de terminalidade do paciente é aceito com mais facilidade e conforto para a família. **Considerações finais:** Os cuidados paliativos devem ser individualizados para cada paciente. Além disso, os profissionais devem estar cada vez mais capacitados, com uma visão holística, visto a necessidade de uma escuta refinada e humanizada.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Neurologia, Equipe Multidisciplinar, Saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand neuropalliative care, its individualities and the care process. **Review bibliographic:** Palliative care is indicated in advanced, progressive and incurable diseases, but it can be due to any lack of reasonable possibility of response to a specific treatment, as in certain abrupt neurological conditions. Thus, progressive degenerative neurological diseases tend to suggest that life will come to an end, so the individual tends to social and spatial isolation, along with depression and loneliness. From this, the team must redirect its efforts to providing quality of life for these people. Moreover, in this delicate moment, attention to the family is essential, reinforcing resilience and avoiding stressors in the family environment. To alleviate this, it is necessary that the palliative care team has psychological support and encourages the spiritual search as a source of well-being. If it is well approached and with an open dialogue, the patient's terminality process is accepted with more ease and comfort for the family. **Considerations final:** Palliative care must be individualized for each patient. In addition, professionals must be increasingly trained, with a holistic view, given the need for refined and humanized listening.

Keywords: Palliative Care, Neurology, Multidisciplinary Team, Health.

¹ Faculdade Santo Agostinho, Vitória da Conquista – BA.

RESUMEN

Objetivo: Comprender el cuidado neuropaliativo, sus individualidades y el proceso de atención. **Revisión bibliográfica:** Los cuidados paliativos están indicados en enfermedades avanzadas, progresivas e incurables, pero puede deberse a alguna falta de posibilidad razonable de respuesta a un tratamiento específico, como en ciertas condiciones neurológicas abruptas. Así, las enfermedades neurológicas degenerativas progresivas tienden a sugerir que la vida llegará a su fin, por lo que el individuo tiende al aislamiento social y espacial, junto con la depresión y la soledad. A partir de esto, el equipo debe redirigir sus esfuerzos para brindar calidad de vida a estas personas. Además, en este delicado momento, la atención a la familia es fundamental, reforzando la resiliencia y evitando estresores en el entorno familiar. Para paliar esto, es necesario que el equipo de cuidados paliativos cuente con apoyo psicológico y fomente la búsqueda espiritual como fuente de bienestar. Si es bien abordado y con un diálogo abierto, el proceso de terminalidad del paciente es aceptado con más facilidad y comodidad para la familia. **Consideraciones finales:** Los cuidados paliativos deben ser individualizados para cada paciente. Además, los profesionales deben ser cada vez más formados, con una visión holística, dada la necesidad de una escucha refinada y humanizada.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, Neurología, Equipo Multidisciplinario, Salud.

INTRODUÇÃO

Atualmente mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo tem doenças neurológicas. Muitas dessas condições não têm cura, reduzem a expectativa de vida e sua qualidade, gerando dependência. As injúrias neurológicas têm como característica uma apresentação clínica difícil, prognóstico complexo incerto e dificuldade de comunicação. Os pontos mais afetados são: cognição, comunicação, identidade e perda da capacidade de manifestação da vontade. Isso pode acabar gerando alterações neuropsicológicas e comportamentais, como impulsividade, perda de empatia, apatia, depressão e transtorno obsessivo-compulsivo (MATOS LRS, et al., 2019).

O manejo dos sintomas não entra como ponto mais relevante nesses quadros e sim a avaliação prognóstica, mesmo que demandando maior complexidade e atenção. Entretanto, os modelos prognósticos possuem limitações, pois muitos têm baixa acurácia. É importante lembrar que pacientes neurocríticos que não estão em fase terminal também podem sofrer de uma qualidade de vida ruim (ARRUDA DEG, et al., 2020). Além disso, existe uma classificação que pode ser dividida em categorias, conforme a progressão das doenças neurológicas, cujo objetivo é auxiliar na identificação de necessidades específicas: pacientes com rápido ou prolongado declínio, com declínio episódico e em declínio agudo e recuperação incerta. Com isso, os pacientes neurológicos necessitam de cuidados paliativos específicos, pois os sintomas são específicos. Não é possível adequar os cuidados paliativos oncológicos a esses pacientes (SADY ERR, et al., 2021).

Para os neurologistas, a finalidade do cuidado paliativo não é curar o doente, na verdade, deve ser aplicado no início do quadro e também em doenças crônicas avançadas ou em estágio terminal. É um cuidado ao paciente e aos cuidadores. Os cuidados podem ser feitos por meio do controle de infecções e outras comorbidades como diabetes e hipertensão. Exemplo disso é a mudança de decúbito do paciente, visando prevenção de escaras e úlceras por pressão, cuidados com deambulação, estímulo da atividade física e manutenção das atividades básicas, estímulo intelectual e alívio da dor (SILVA LES, et al., 2021).

Pacientes com esta condição podem enfrentar prognósticos extremamente incertos em comparação a outras doenças e também enfrentar diversos desafios como perda da fala, perda cognitiva e motora que dificultam a preparação para conversas e preferências de cuidados neuropaliativos para o final da vida. Sendo então necessário a monitoração frequente do status de progressão em que se encontra (SILVA CV, et al., 2020). Além disso, os impactos na vida de um paciente, seja ele com um quadro agudo ou uma doença neurodegenerativa, são grandes, visto que os sintomas neurológicos, geralmente, são incapacitantes e geram dependência por parte desses pacientes. Por isso, é recorrente o desenvolvimento de questões emocionais, que necessitam de acompanhamento psiquiátrico e psicológico, como depressão,

ansiedade e demais transtornos gerados pelo grande incômodo do tratamento. Ademais, a família também acaba sofrendo por essas questões, pois se sentem insuficientes frente a uma situação muitas vezes irreversível. Por isso, é importante a visão biopsicossocial da equipe de saúde frente a um paciente dentro de tal contexto (ARAÚJO LF, et al., 2022).

A discussão sobre a tomada de decisão a respeito do início da abordagem dos cuidados paliativos recebe grande importância, visto as contradições dentro da literatura a respeito do tema. Algumas definições indicam a necessidade do cuidado paliativo somente perante o conhecimento de um mal prognóstico, já outras informam que ao primeiro contato com a equipe, os cuidados devem ser iniciados. Isso engloba uma série de questões a serem discutidas, como os gastos com os pacientes, o prolongamento desnecessário da vida, o preparo da família frente a situação e a concordância entre equipe, família e paciente (ARTUR LF, et al., 2021).

Desta forma, esse constructo tem como objetivo compreender os cuidados neuropaliativos, suas individualidades e o processo do cuidado.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Cuidados paliativos em pacientes com condições neurológicas agudas e progressivas

Existem condições agudas que necessitam de cuidados paliativos, mesmo as que não apresentem risco iminente de morte como, por exemplo, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Traumatismo Cranioencefálico (TCE). Tais eventos geram sequelas muitas vezes irreversíveis, que causam ruptura súbita do estilo de vida do paciente. Consoante a Sociedade Francesa de Anestesia e Reanimação, pode-se esperar piores desfechos quando o Índice de Barthel for menor que 20 em pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com AVE. Um AVE de mau prognóstico é aquele que na escala modificada de Rankin o resultado é maior que três ou quatro. Uma ferramenta útil para estimar gravidade é a escala da National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), pois valores maiores que 17 na escala, 75% evoluem para forma grave (GLÓRIA FP, et al., 2022).

Por esse processo ser súbito, há maior dificuldade de compreensão da família quanto a gravidade do quadro e prognóstico, é nessa parte que a equipe de cuidados paliativos exerce seu trabalho, engajando a família na tomada de decisões, trabalhando com o reconhecimento da complexidade e da terminalidade. Tais profissionais devem abordar questões como o grau de investimento, reanimação, timing correto das intervenções e doação de órgãos. Não ocorrendo terminalidade, a equipe de AVE deve educar pacientes e familiares sobre sequelas, reabilitação, tratamentos específicos. O cuidado deve ser continuado com visitas domiciliares, questões pessoais do cuidador e ambiente apropriado (COTA LMS, et al., 2020).

As doenças neurológicas progressivas degenerativas tendem a sugerir que a vida chegará ao fim, por isso, o indivíduo tende ao isolamento social e espacial, juntamente com depressão e solidão. Para o idoso com Doença de Alzheimer, por exemplo, a evolução para a morte sobrevém quando o paciente se encontra em uma condição de fragilidade, com declínio das funções biológicas e da qualidade de vida. A aproximação da morte do ente querido desperta um desgaste físico na família e emocional (DIAS LV, et al., 2022; NAIR KC, 2022).

O papel da equipe de saúde e a tomada de decisão quanto aos cuidados paliativos

Apesar de o médico neurologista ser um grande protagonista nos cuidados ao paciente com doenças neurológicas terminais, é de extrema importância que o profissional saiba os princípios básicos da medicina paliativa. Uma vez que, é de responsabilidade médica reduzir um sofrimento subsequente, principalmente em pacientes com casos de disfunção do neurônio motor que estão avançando em sua perda motora, mas com a cognição ainda preservada. Além disso, quando uma escolha precisa ser realizada, é de responsabilidade da equipe de cuidado estabelecer uma comunicação clara com a família e com o paciente, afinal suas preferências sempre devem ser consideradas (TAYLOR LP, et al., 2022). Assim, o papel do neurologista nestes casos é indispensável não somente na parte de alívio sintomático, como também na relação médico paciente, uma vez que, inúmeros pacientes com doenças neurodegenerativas adotam seu médico neurologista como a primeira linha de cuidado em relação a sua doença e com isso uma relação

longitudinal abre oportunidades para criar-se confiança de ambas as partes e comunicação clara a respeito das preferências de cuidado do paciente (CUNHA JM e SIQUEIRA EC, 2020).

Existem estratégias para criar a relação de confiança como o mnemônico na língua inglesa NURSES, este mnemônico ajuda na resposta as emoções do paciente, pois nele está incluso: N para nomear a emoção, U understanding entender o que o paciente está comunicando, demonstrando verbalmente e de maneira não-verbal, o R é para o respeito, S para suporte e ajuda no cuidado, e o E para explorar as emoções dos pacientes. Diante desse contexto, a equipe não será formada apenas pelo neurologista, existem outros profissionais por trás compondo uma equipe multidisciplinar composta desde o neurologista até enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistência social, fisioterapeutas, nutricionistas e entre outros que podem ser necessários para o caso (BRIZZI K e CREUTZFELDT CJ, 2018).

A necessidade por neurologistas atuando em cuidados paliativos é crescente e essa subespecialidade dentro da neurologia ainda é nascente, mas o campo de pesquisa e atuação neste tipo de cuidado específico é muito aberto para novas pesquisas e experiências. Os profissionais, sobretudo, devem ter um treinamento adequado, pois o objetivo é de recuperar função orgânica de indivíduos com risco de morte iminente e indicar corretamente os cuidados paliativos, tendo uma estimativa de 14-20% de indicação. É importante considerar que intervenções de suporte feitas no cenário referente podem prolongar o tempo de sobrevivência, por isso deve-se pôr em discussão a redução da qualidade de vida e crescimento da dependência. A tomada de decisão quanto a introdução dos cuidados paliativos é contraditória (ORSINI M, et al., 2019).

De um lado há a redução de custos de internação intensiva e de outro há uma certa cautela em iniciar precocemente, por conta de diagnósticos pessimistas que acabam gerando uma evolução clínica desfavorável, o que a literatura chama de profecia autorrealizável. Por isso deve haver um período de observação antes de tomar a decisão. É uma visão ultrapassada, acreditar que os cuidados paliativos podem ser uma limitação terapêutica (SOUSA EC, et al., 2020). Os cuidados paliativos são indicados em enfermidades avançadas, progressivas e incuráveis, com prognóstico de vida inferior a seis meses, mas pode ser por qualquer falta de possibilidade razoável de resposta a um tratamento específico, como em certas condições neurológicas abruptas. A partir disso, a equipe deve redirecionar seus esforços para o fornecimento de qualidade de vida. Todavia, é difícil distinguir o paciente que beneficiará mais da medicina tecnológica ou dos cuidados paliativos. Mas, o prognóstico tem muita relação com a visão do médico, por isso, pode ser considerado consultar outros profissionais, e mesmo com incerteza, isso deve ser comunicado a família. Existem estratégias como ventilação mecânica, nutrição artificial e craniectomia decompressivas que reduzem a mortalidade, mas estão associadas a maior incapacidade pela gravidade do quadro base (SOARES MS e MENDES MF, 2022).

Ademais, nesse momento delicado, a atenção com a família é essencial, reforçando a resiliência e evitando estressores no ambiente familiar. Para amenizar, é necessário que na equipe de cuidados paliativos tenha suporte psicológico e incentivo à busca espiritual como fonte de bem-estar. Se for bem abordado e com um diálogo aberto, o processo de terminalidade do paciente é aceito com mais facilidade e conforto para família. Além disso, os cuidados paliativos vão além do falecimento, eles se estendem por toda a fase de luto vivida pela família, com o objetivo de facilitar a vida após uma fase tão difícil (PIMENTA S e CAPELAS MLV, 2019). A família está sujeita a Burnout de cuidadores, há um estresse, despreparo, insegurança ou otimismo sem razão e incertezas quanto ao futuro. Tudo isso impacta nas decisões que a família vai tomar quanto aos cuidados do paciente. A equipe de saúde deve ser franca, desde o momento diagnóstico sobre as expectativas prognósticas e explicar que muitas vezes recursos são gastos sem benefícios posteriores. A literatura indica que pode acontecer dos familiares de pacientes neurocríticos terem sintomas depressivos, transtorno de estresse pós-traumáticos e outras questões. A comunicação do diagnóstico deve ser direta, objetiva e sem rodeios. Deve-se explicar os aspectos mais importantes da doença (RIBEIRO JR e POLES K, 2019).

Manejo de sintomas neurológicos e complicações em cuidados paliativos

Um dos pontos importantes é a questão da dor nesses pacientes, a qual está presente em parte considerável dos pacientes com doenças crônicas. Quando o tratamento farmacológico é utilizado, a droga

de escolha é a morfina, por ter fácil acesso e disponibilidade. O objetivo da titulação do medicamento é alcançar a menor dose que possua efeito sobre a dor, de forma em que o paciente não sinta dor entre duas doses (PAIVA CF, et al., 2021). Além disso, a desnutrição é um ponto importante, visto que, a principal causa é a disfagia provocada por distúrbios neurológicos, o que provoca dificuldade na deglutição e a necessidade de um suporte nutricional. Assim, pacientes com paralisia cerebral tem a aspiração como uma causa importante de doença pulmonar aguda e crônica, gerando complicações pulmonares e aumento da morbidade, assim torna-se necessária a avaliação precoce da disfagia em pacientes com doenças neurológicas (MOUSTACAS RS, et al., 2023).

Somado a isso, foi apontado que três quartos dos pacientes com paralisia cerebral possuem baixo peso e um quinto tem déficit de gordura subcutânea e reserva muscular. A prioridade é fornecer suplementação oral e só iniciar métodos invasivos se melhorar a qualidade de vida do paciente. Em casos mais graves a alimentação jejunal contínua ou cirurgia podem ser indicados. A nutrição enteral é indicada para pacientes com funcionamento parcial do trato digestivo; ingestão oral inadequada; desnutrição grave ou profunda; disfunção de alimentação significativa. Se for por um período superior a quatro a seis semanas é indicado fazer gastrostomia ou enterostomia (SILVA WA, et al., 2022).

É importante considerar, em concordância com a família do paciente, a indicação dos procedimentos cirúrgicos de desvio traqueoesofágico e separação laringotraqueal, de forma a prevenir pneumonia por aspiração. A presença de um quadro de náusea e vômito também é relevante, sendo tratada com antieméticos. Geralmente pode ser por conta da alimentação via sonda nasogástrica ou gastrostomia, que poderia estar gerando uma superalimentação (GARCÍA DMJ, et al., 2019).

Outrossim, a constipação também pode se fazer presente no cotidiano de pacientes com doenças crônicas, e geralmente causada por: hipotonia, deformidades esqueléticas, imobilidade prolongada, polifarmácia e outros, segundo literatura. Muitas vezes é um quadro deixado de lado por conta da prioridade dada a outras questões consideradas mais graves, porém o tratamento da constipação pode contribuir na qualidade de vida do paciente, melhorando o apetite e comportamento. O tratamento adequado é por meio de dieta apropriada, rica em fibras e ingestão hídrica, mas podem ser utilizados outros métodos, principalmente lactulose, óleo mineral e lavagem intestinal com polietilenoglicol (FERRARI LM e LIMBERGER JB, 2021).

Quanto as secreções respiratórias, é válido salientar que tais pacientes são considerados menos capazes de tossir ou engolir, o que pode ser tratado com brometo de glicopirrônio ou bromidrato de hioscina e até sucção intermitente. Por fim, é importante refletir sobre a real necessidade da utilização da ventilação mecânica, pois depende da existência da possibilidade de reverter a doença, visto que poderia estar somente acarretando uma distância. É importante considerar o desconforto desse método, visto a necessidade de o paciente estar sedado e sob efeitos analgésicos. Por isso, a comunicação com os familiares a respeito de um prolongamento desnecessário da vida do paciente é de grande valia, evitando assim uma obstinação terapêutica (MACHADO VMS, et al., 2021).

Os principais sintomas do paciente neurológico terminal é dor, depressão, fadiga, câimbras, distúrbios do sono, urgência urinária, constipação, distúrbios de comunicação, convulsões, alterações comportamentais e cognitivas. Em AVE pode haver afasia, alteração do nível de consciência, anosognosia. Um achado comum é o ronco disseminado na ausculta pulmonar. É difícil de caracterizar a dor como neuropática ou nociceptiva, muito pela falta de capacidade de comunicação do paciente (TOSTES AA e CRUZ KA, 2022).

Quando nociceptiva responde bem à morfina. Se a dor for neuropática deve ser tratada com tricíclicos, anticonvulsivantes ou bloqueio simpático. O delirium acomete pacientes mais avançados, com NIHSS elevado, e com predominância das lesões no hemisfério dominante. Pode ser prevenido evitando uso excessivo de sedativos, desidratação, distúrbios sono-vigília, mobilização precoce e se beneficia de estimulação cognitiva (BORGES MB, et al., 2022). Em casos de pacientes com condições neurológicas agudas, a síndrome do ombro hemiplégico afeta 22% dos sobreviventes de AVE e pode ser identificada em 55% dos pacientes com AVE em centros de reabilitação. Diminui a qualidade de vida e pode gerar depressão, distúrbios do sono, hospitalização prolongada. O manejo é difícil, tratamento deve ser precoce com antispásticos, anti-inflamatórios, anestesia regional, corticoide infiltrado e estimulação elétrica. Mais da

metade dos sobreviventes de AVE tem fadiga após 1 ano, em pacientes com lesões de tronco, subcorticais e talâmicas. O tratamento é feito com amantadina, metilfenidato e modafinila. Labilidade emocional ou afeto pseudobulbar estão presentes em 1/5 dos sobreviventes nos primeiros 6 meses. A combinação de dextrometorfano e quinidina tem apresentado bons resultados (ALVES CL, et al., 2020).

Em pacientes que tiveram TCE, os indicadores de mau prognóstico são idades > 64 anos, Glasgow < 9, achados na tomografia de crânio e exame neurológico. Devendo se iniciar a analgesia paliativa quando: elevação da pressão arterial, taquicardia, taquipneia, respostas motoras a estímulos não-nocivos, escala de como de Glasgow evidenciando respostas a estímulos nocivos. A sedação paliativa é uma intervenção bem documentada, com indicações precisas, que aliviam o sofrimento do paciente em fase terminal. Para sedação paliativa, utilizam-se hipnóticos, para reduzir a consciência de um fator estressante como dor ou desconforto. Deve-se preservar a capacidade de interagir com o ambiente, utilizando a menor (CARDOSO AC, et al., 2019).

Ademais, a trajetória após um diagnóstico de alguma condição neurológica apresenta um grande desafio, especialmente quando se faz necessário iniciar conversas sobre o final da vida e muitas vezes os pacientes e famílias esperam que os profissionais iniciem este assunto. Entretanto, o final da vida é definido por ser aquele momento em que o último ano da vida do paciente é iniciado, porém, não há como realizar uma acurácia correta sobre quando os últimos 12 meses poderiam começar. Conversas e planos sobre este assunto não deveriam ser restritos apenas a este momento da vida, visto que não há como computar (FLORÊNCIO RS, et al., 2020).

O neurologista possui um importante papel neste aspecto, principalmente se houver parceria com outro profissional especializado em cuidados neuropaliativos para que juntos consigam implantar um plano de cuidado avançado, manejar sintomas refratários, saber lidar com questões psicológicas e espirituais também, além de trazerem apoio a famílias que possuem dificuldades em aceitar a realidade atual do seu familiar (ORSINI M, et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos em pacientes neurológicos ganham importância dentro do contexto da saúde por sua individualidade em relação ao estado biopsicossocial do paciente, visto que o processo degenerativo das enfermidades desse espectro acaba gerando muito mais impacto na qualidade de vida, perda da autonomia e questões psicoemocionais. Tal temática ganha notoriedade pela falta de especificidade de muitos profissionais da saúde ao dar seguimento aos cuidados paliativos em neurologia. Desta forma, torna-se uma área, a qual exige uma equipe com uma capacitação adequada para o manejo da situação e com preparo para a melhor abordagem com o paciente e seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. ALVES CL, et al. Acidente vascular encefálico em adultos jovens com ênfase nos fatores de risco. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 2020; 2(1): 1-6.
2. ARAUJO LF, et al. Cuidados paliativos em idosos com Doenças Neurodegenerativas: ênfase na doença de Alzheimer. *Brazilian Journal of Development*, 2022; 8(6): 47448-47472.
3. ARRUDA DEG, et al. Prognóstico de pacientes com COVID-19 e doenças crônicas: uma revisão sistemática. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 2020; 31(3): 79-88.
4. ARTUR LF, et al. Uma abordagem holística ao paciente em cuidados paliativos: Revisão narrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4(5): 20627-20637.
5. BORGES MB, et al. Efeito do sintoma fadiga na ansiedade e depressão de indivíduos com acidente vascular encefálico. *Brazilian Journal of Development*, 2022; 8(10): 66267-66277.
6. BRIZZI K e CREUTZFELDT CJ. *Cuidados neuropaliativos: um guia prático para o neurologista*. Thieme Medical Publishers, 2018; 33(1): 569-575.
7. CARDOSO AC, et al. Rede de apoio e sustentação dos cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. *Enfermagem em Foco*, 2019; 10(3): 34-39.

8. COTA LMS, et al. Tratamento paliativo precoce no Brasil: dentre casos isolados, um relato. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 2020; 23: 332-333.
9. CUNHA JM e SIQUEIRA EC. O papel da neurocirurgia na doença de Parkinson: revisão de literatura. *Revista de Medicina*, 2020; 99(1): 66-75.
10. DIAS LV, et al. Cuidadores familiares de pacientes sob cuidados paliativos no domicílio e hospital: revisão integrativa. *Saúde, Arte e Cuidado*, 2022; 15(2): 63-74.
11. FERRARI LM, LIMBERGER JB. Medicamentos na prática clínica de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Disciplinarum Scientia| Saúde*, 2021; 22(1): 315-332.
12. FLORÊNCIO RS, et al. Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2020; 33(3): 1-9.
13. GARCÍA DMJ, et al. Revisión sistemática para el abordaje de síntomas desagradables gastrointestinales en cuidados paliativos. *Revista Cuidarte*, 2019; 10(1): 1-18.
14. GLÓRIA FP, et al. Cuidados paliativos como terapêutica no conforto do paciente. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15(7): e10753.
15. MACHADO VMS, et al. Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes adultos: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(3): e6493.
16. MATOS LRS, et al. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes neurológicos em um hospital universitário. *Revista Neurociências*, 2019; 27: 1-17.
17. MOUSTACAS RS. Manejo da disfagia em pacientes em cuidados paliativos de câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática. *Revista Neurociências*, 2023; 31: 1-24.
18. NAIR KC. Cuidados de fim de vida de pessoas com condições neurológicas de longo prazo. *Neurologia Prática* 2022; 22(5): 385-391.
19. ORSINI M, et al. Interdisciplinaridade em cuidados paliativos em neurologia: um olhar para o idoso. *Fisioterapia Brasil*, 2019; 20(6): 819-822.
20. PAIVA CF, et al. Aspectos históricos no manejo da dor em cuidados paliativos em uma unidade de referência oncológica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2021; 74(5): 1-8.
21. PIMENTA S e CAPELAS MLV. A abordagem do luto em cuidados paliativos. *Cadernos de Saúde*, 2019; 11(1): 5-18.
22. RIBEIRO JR e POLES K. Cuidados paliativos: prática dos médicos da estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2019; 43: 62-72.
23. SADY ERR, et al. Cuidados neuropaliativos: novas perspectivas dos cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2021; 33: 146-153.
24. SILVA CV, et al. Cuidados paliativos: a assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Cadernos da Escola de Saúde*, 2020; 20(1): 49-63.
25. SILVA LES, et al. A função do fisioterapeuta nos cuidados paliativos e os recursos utilizados para melhoria de qualidade de vida do paciente oncológico em estado terminal. *Research, Society and Development*, 2021; 10(16): e190101623148.
26. SILVA WA, et al. Atuação da equipe multiprofissional de assistência à saúde na disfagia do paciente sob cuidados paliativos. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 2022; 10(3): 1574-1581.
27. SOARES MS e MENDES MF. A necessidade da literacia em saúde sobre os cuidados paliativos. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2022; 8(3): 346-360.
28. SOUSA EC, et al. Cuidados paliativos: Importância da assistência à saúde ao paciente em fase terminal. *Brazilian Journal of Health Review*, 2020; 3(5): 12258-12266.
29. TAYLOR LP, et al. Orientação clínica em cuidados neuropaliativos: uma declaração de posição da AAN. *Neurologia*, 2022; 98(10): 409-416.
30. TOSTES AA e CRUZ KA. Hematoma subdural agudo traumático: uma análise sobre os fatores que impactam o prognóstico. *Studies In Health Sciences*, 2022; 3(4): 1632-1633.