Ivana Monique Corpes Castro
Mariane Cordeiro Alves Franco
Thiago Gomes Gama

# GUIA DE BOAS PRÁTICAS EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA O TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Castro, Ivana Monique Corpes
Guia de boas práticas em cuidados paliativos para o traumatismo cranioencefálico [livro eletrônico] / Ivana Monique Corpes Castro, Mariane Cordeiro Alves Franco, Thiago Gomes Gama. -- Belém, PA : Ed. dos Autores, 2024.
PDF

Bibliografia.
ISBN 978-65-00-91654-6

1. Cuidados paliativos 2. Medicina e saúde 3. Multidisciplinaridade 4. Traumatismo cranioencefálico I. Franco, Mariane Cordeiro Alves. II. Gama, Thiago Gomes. III. Título.

24-189754 CDD-616.029

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Cuidados paliativos : Ciências médicas 616.029

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

# SUMÁRIO

**INTRODUÇÃO**……4
**A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**……5
**COMPONENTES ESSENCIAIS DOS CP**……6
**COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS**…….....9
**AVALIAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS**……13
**METAS DE CUIDADOS**……...19
**CUIDADO NO FIM DA VIDA**…….20
**CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA PACIENTE GERIÁTRICO**…….22
**CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA LESÃO CEREBRAL TRAUMÁTICA**……..23
**ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS**…….24
**REFERÊNCIAS**…….25

## INTRODUÇÃO

As melhores práticas em Cuidados Paliativos (CP) são prestadas em paralelo com os cuidados ofertados pela equipe com finalidade de manutenção da vida, desde a lesão até a recuperação. O foco do cuidado é o paciente e sua família.

Para que o conceito de Cuidados Paliativos seja alcançado, se faz necessário a presença de uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, sendo necessário que esses profissionais sejam capacitados com a filosofia dos Cuidados Paliativos, com a finalidade de alívio da dor e dos sintomas de final de vida.

Os Cuidados Paliativos é uma filosofia que tem como finalidade proporcionar uma melhor qualidade de vida a pacientes com doenças graves e ameaçadoras de vida. Embora considerado importante somente para aqueles em fase final de vida, os Cuidados Paliativos oferecem benefícios significativos em toda a história natural da doença. É centrada no paciente e em sua família, tendo uma abordagem holística no cuidado, isto é, cuidado visando o bem-estar físico, emocional, espiritual.

A importância de integrar o Cuidados Paliativos para o paciente com Traumatismo Cranioencefálico em todo o continuum de atendimento é de suma importância. As evidências demonstram que a prestação de cuidados paliativos concomitante ao atendimento hospitalar, melhora a qualidade do atendimento tanto para os pacientes quanto para os seus familiares, diminuem o tempo de permanência hospitalar, os custos e a intensidade dos cuidados considerados desproporcionais no final de vida, sem haver mudança significativa nas taxas de mortalidade. Essa abordagem holística, melhora a qualidade de vida do paciente, o gerenciamento da dor e dos sintomas incapacitantes, ocasionando um melhor vínculo com os familiares.

A abordagem inicial em Cuidados Paliativos, em centros de referência em trauma, pode ser realizada por uma equipe de médicos “generalistas” nessa abordagem, como cirurgiões e médicos intensivistas. Esses profissionais possuem experiência no prognóstico de lesões agudas graves, e, desenvolvem muitas práticas da abordagem paliativa, como planejamento dos cuidados, comunicação em torno do prognóstico, gerenciamento de sintomas e apoio emocional à família. Uma minoria de pacientes e familiares exigirá uma abordagem com especialista em Cuidados Paliativos.

Os Cuidados Paliativos são apropriados em qualquer idade e podem ser fornecidos junto com o tratamento curativo.

Este guideline é produto de uma dissertação do mestrado profissional em Saúde na Amazônia e visa trazer subsídios para equipes de cuidados paliativos.

## A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Informações chave:

- O trabalho em equipe, em muitos campos, é um componente essencial e eficaz de cuidados paliativos centrados no paciente.
- O investimento da liderança e nos envolvidos interessados é necessário para que o programa seja bem-sucedido.
- A educação continuada e permanente em habilidades de comunicação em cuidados paliativos, para todos os funcionários envolvidos, é importante para capacitá-los a fornecer cuidados paliativos de alta qualidade.
- A tomada de decisão compartilhada entre pacientes e provedores e dentro das equipes de provedores é essencial.
- Estruturas de apoio organizacional, como *debriefing* e revisão por pares, são essenciais para o momento estressante de cuidados de fim de vida entre os pacientes e familiares.

Os cuidados paliativos básicos devem se encontrar nos domínios de todos os centros de trauma, e a equipe geralmente consiste apenas de um médico, enfermagem e suporte de serviço social. Isso é identificado facilmente no contato inicial com a família. Conforme o atendimento progride e dependendo das necessidades do paciente e dos recursos do Hospital, a equipe pode ser estendida e incluir capelães, psicólogos, farmacêuticos, especialistas em cuidados paliativos e luto, e terapeutas ocupacionais.

Uma equipe de cuidados paliativos é, por natureza, interdisciplinar porque os pacientes e familiares com necessidades complexas requerem especialização em cada área. Embora cada profissional e especialidade venham com abordagens e filosofias diferentes, uma equipe eficaz tece essas abordagens nos termos de cuidado centrado no paciente para corresponder às necessidades do paciente e da família. Uma equipe interdisciplinar eficaz também pode melhorar o processo, fornecendo uma comunicação consistente e clara dentro da equipe, entre as equipes, e com a família.

Com base nas necessidades do paciente ou do serviço, as equipes de cuidados paliativos no hospital podem fornecer consultas com vários níveis de intervenção: (1) aconselhamento e recomendações para um serviço de trauma sem contato direto com o paciente, (2) intervenção breve e direcionada com um paciente ou família, ou (3) várias visitas para cuidados complexos de pacientes e suas famílias.

## COMPONENTES ESSENCIAIS DOS CP

Informações Chaves:

- A base dos CP no trauma são: A comunicação e o suporte eficazes em torno do prognóstico, das opções de tratamento e da tomada de decisão compartilhada.
- Cuidados psicossociais, emocionais e espirituais devem ser fornecidos rotineiramente ao longo da hospitalização, incluindo cuidado espiritual, serviço social e outros.
- A avaliação precoce e contínua do tratamento de dor, desconforto e ansiedade são fundamentais para fornecer cuidados de alta qualidade.
- A unidade de cuidado é o paciente e sua família.

A prestação de CP de alta qualidade requer consideração das necessidades psicossociais e espirituais, controle da dor e dos sintomas e cuidado eficaz da família. No contexto dos cuidados paliativos, a unidade de cuidados é o paciente e a família. A comunicação eficaz e compassiva é essencial, principalmente no gerenciamento da incerteza em torno do prognóstico e das decisões de tratamento. Para compor essa equipe é necessário que se faça presente: Médico Neurologista, Médico Paliativista, Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista e Assistente Social.

### Considerações psicossociais, espirituais, religiosas e culturais

O TCE, por sua própria natureza, é súbito, imprevisível e frequentemente altera a vida. Compreender o funcionamento e apoio psicossocial pré-existente do paciente, é fundamental para fornecer cuidados paliativos de alta qualidade. O psicólogo observa e ouve pacientemente as palavras e silêncios, já que ele é quem mais pode oferecer, no campo da terapêutica do sujeito e sua subjetividade, a possibilidade de confronto do paciente com sua angústia e dor na fase de sua doença, buscando superar os momentos de crise como a morte. Assim, é necessário avaliar a estrutura de suporte de um paciente no início do tratamento e identificar as necessidades psicológicas, crenças espirituais e / ou religiosas, identidade cultural e outros pontos, que podem influenciar no cuidado e reforçar a resiliência do paciente e da família. Eles são mais bem compreendidos ao longo do tempo por meio de comunicação contínua com o paciente e família.

Por meio desse processo, um “plano de apoio psicossocial” pode ser desenvolvido. Os componentes do plano podem incluir: (1) identificação de um líder religioso (se aplicável e desejável) para o principal tomador de decisões, seja dentro de uma família ou grupo de apoio, (2) colaboração com indivíduos específicos, líderes religiosos, conselheiros ou terapeutas, para apoiar os esforços da equipe de CP, e (3) identificação de referências da comunidade para suporte de longo prazo da família, (4) promover visita estendida ao paciente,

sendo alterada a rotina do setor, diante desse processo, devendo-se organizar junto à família, horários, e quantidade de familiares que irão visitar o/a paciente, (5).

**Gerenciamento de dor e sintomas**

A dor física é inevitável após TCE e, portanto, o gerenciamento da dor é de suma importância. Dor e desconforto são o que os pacientes e familiares mais se preocupam, por isso é uma fonte de grande ansiedade. A avaliação da dor acontecerá a partir do uso de escalas de avaliação adequadas para pacientes que podem e os que não podem se comunicar verbalmente.

Quando a dor é identificada, primeiramente deve-se abordar e aliviar as causas subjacentes da dor. O controle da ansiedade também é muito útil no controle da dor e pode reduzir o sofrimento psicológico.

**Cuidado da Família**

Por definição, os cuidados paliativos estão focados no paciente e na família. Durante as reuniões com a família, é importante identificar quaisquer necessidades especiais ou problemas que o grupo de apoio à família possa ter. A maioria das famílias precisa se sentir envolvida, e é importante que a equipe proporcione um sentimento de inclusão. Ser incluído melhora a compreensão da família sobre as lesões e tratamentos do paciente. Lesões graves e incerteza de resultado geralmente resultam em estresse psicológico e emocional dos membros da família. Para pacientes com um curso prolongado de UTI, a família pode experimentar Burnout e/ou exaustão emocional.

Proporcionar suporte psicológico aos familiares, cuidadores principais, que irão permanecer envolvidos diretamente com o paciente, visto que a saúde emocional dos cuidadores é um foco importante no decorrer do acompanhamento.

Um papel importante da equipe de saúde é ser sensível a essas experiências e ajudar a validar a montanha-russa emocional que as famílias vivenciam. Honrar e identificar preferências culturais e religiosas também é útil para algumas famílias. Apresentar outros membros da equipe interdisciplinar à família torna-se fundamental. O apoio para a família é extremamente importante quando a decisão tomada pela equipe e família é de não prolongar os cuidados de manutenção da vida em casos de lesão sem terapêutica curativa ou quando as condições clínicas não são compatíveis com os valores do paciente.

Mesmo quando existe uma diretriz antecipada clara, alguns membros da família ficam preocupados que a retirada dos cuidados de manutenção da vida seja iniciada prematuramente. A equipe deve ser sensível e ciente das necessidades da família durante este período e deve apoiar a família ao prestar cuidados de acordo com os desejos do paciente.

Caso o paciente esteja em enfermaria, é importante que tenha privacidade a esse momento de despedida, e a rotina do setor deve ser alterada em respeito ao paciente e à sua família. Se possível, quarto privado para o usuário.

O apoio ao luto é inestimável depois que o paciente morre, mas esse apoio especializado pode não estar disponível em muitos centros. Os provedores de atendimento ao trauma precisam ser capazes de garantir um grau razoável de conforto familiar (físico e emocional). Eles precisam estar familiarizados com o processo e ajudar a preparar a família para os próximos passos após a morte. Encaminhamentos para recursos de luto dentro do centro médico ou na comunidade também são úteis.

**Reabilitação Paliativa**

A Reabilitação Paliativa é composta por profissionais da equipe de reabilitação que voltam-se para a manutenção da qualidade de vida do usuário, paciente e familiares. De forma a garantir, autonomia nos cuidados de saúde.

A perda da funcionalidade é constante na maioria das patologias que ameaçam o ciclo de vida dos indivíduos, somando as profundas alterações físicas, emocionais, espirituais. Dessa forma, torna-se essencial atender às demandas da pessoa e, principalmente, da família.

Para tanto, é essencial que os profissionais de saúde estejam qualificados para disponibilizar apoio especializado e estruturado, procurando compreender profundamente o impacto produzido pela doença. Dentre todas as potenciais fontes de sofrimento para os pacientes, a perda de autonomia pode ser considerada a mais importante. A sobrecarga do cuidador, a institucionalização e a maior utilização dos recursos dos sistemas de saúde são consequências diretas do declínio funcional e da falta de intervenções eficazes para a promoção da autonomia dos pacientes em cuidados paliativos (MINOSSO, 2016).

Em CP, a reabilitação deve buscar resultados multidimensionais que vão além dos que estão relacionados especificamente ao estado de doença, como a funcionalidade e parâmetros de qualidade de vida. Nesse sentido, estratégias de reabilitação contribuem para os CP, mantendo e, se possível, promovendo a funcionalidade do paciente durante um período de declínio sistêmico esperado, além de fornecer caminhos para prevenir ou desacelerar complicações, desagregação, contraturas musculares e aspectos relacionados a outras dimensões do cuidado (Franklin & Cheville, 2015; Tiberini & Richardson, 2015).

O fisioterapeuta nesta equipe tratará das demandas associadas às estruturas do corpo e, principalmente, a função respiratória no que tange os cuidados com a traqueostomia e os dispositivos associados à ventilação mecânica.

O Fonoaudiólogo, em conjunto com o fisioterapeuta, tratará dos aspectos relacionados à traqueostomia e o tratamento das disfagias, bem como, das vias alternativas de alimentação.

E, por fim, o Terapeuta Ocupacional, profissional responsável por analisar as ocupações de cada integrante da família, analisar a estrutura familiar, ambiental e toda a rede de cuidados que aquele indivíduo está integrado. Tem importante papel na organização de rotinas daquele familiar, de apoio e adaptação à nova realidade que aquele indivíduo e sua família se encontram. Além de garantir justiça ocupacional, promoverá auxílio a reabilitação motora e cognitiva desses indivíduos, em ambiente hospitalar e domiciliar.

## COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Informações chave:

- Comunicar más notícias é uma habilidade que pode ser aprendida e aprimorada com o treinamento.
- Prepare-se para a conversa com atenção às informações relevantes relacionadas a lesões e possível prognóstico; garanta o acesso a um ambiente seguro e silencioso sem interrupções.
- No caso de morte súbita traumática, dê uma oportunidade para a família ver o falecido para permitir o alívio do sofrimento.

Os neurologistas são frequentemente chamados a dar más notícias, incluindo morte súbita traumática, lesões cerebrais graves e da coluna vertebral, amputação ou outras lesões desfigurantes. No caso de morte súbita e prematura traumática, pode haver apenas uma ocasião para dar más notícias às famílias. A maneira como as más notícias são transmitidas têm um impacto significativo na equipe, nos pacientes e nas famílias. No entanto, as estratégias podem ser aprendidas para minimizar o impacto negativo quando usado (Tabela 1 e 2). Um ingrediente essencial da conversa inclui reconhecer e validar a emoção e a resposta empática. Uma estratégia geral de comunicação chamada “Pergunte-Diga-Pergunte” é útil. O provedor pergunta ao indivíduo o que ele sabe, dá as más notícias com uma linguagem direta e pergunta se a informação foi compreendida.

| | |
|---|---|
| Use um espaço privado, silencioso e confortável | Ter tempo para ficar com a família |
| Presença de equipe multidisciplinar<br>Médico, enfermeiro, equipe de apoio (capelão, assistente social, psicólogo) | Tenha uma proximidade segura, mas compassiva |

| | |
|---|---|
| Equipe de intervenção em crise disponível para acompanhamento<br>Saúde comportamental | Use o bom senso para manter a porta fechada ou aberta para manter a segurança do paciente, família e equipe<br>Envolva a segurança conforme apropriado |
| Itens de conforto disponíveis:<br>Lenços de papel, água, cadeiras, telefone | Sente-se ao mesmo nível |
| Aparência apropriada:<br>Roupas limpas, sapatos, jaleco | Junte-se à equipe antes da reunião para ter todas as informações confirmadas |
| Comunicação pessoal<br>Evite notificação por telefone, se possível | Discutir com a equipe após a reunião<br>Revisar e planejar o acompanhamento |

TABELA 1: Considerações para más notícias

| | |
|---|---|
| Antecipação e preparação | Obtenha informações clínicas relevantes e atualizadas<br>Fale sobre o paciente pelo nome<br>Traga um parceiro (enfermeira, assistente social, capelão) |
| Dê uma breve frase de contexto e, em seguida, entregue a notícia da morte | Receio ter más notícias ... Use a palavra os termos "morte, morreu" |
| Permita o silêncio | Validar a emoção familiar e expressar empatia |
| Reconheça que as expressões de<br>emoção e tristeza variam de acordo com a cultura | Itens de conforto disponíveis:<br>Lenços de papel, água, cadeiras, telefone |
| Permita que a família veja ou toque um ente querido | Prepare a família para o que eles verão |

TABELA 2: Comunicação de más notícias após morte súbita traumática

**Comunicação de más notícias relacionadas à morte súbita traumática**

Múltiplos desafios para a comunicação eficaz de morte ou de morte iminente existem, incluindo restrições de tempo, informações incompletas, presença de família incompleta e nenhum relacionamento anterior com a família. Embora os centros de trauma possam ter acesso a especialistas em CP, a maioria das mortes não precisam desse recurso.

Envolver os CP para o paciente ferido no ambiente de emergência, como especialidade fixa, garante: (1) suporte de luto, especialmente após múltiplas fatalidades ou após a morte de uma criança, (2) apoio familiar contínuo do paciente que está morrendo eminentemente por lesões

traumáticas, ou (3) mediante decisões complexas, no contexto de grande incerteza ou conflito familiar.

O objetivo é fornecer as informações de maneira clara e compassiva, livre de jargões ou abreviações médicas. A capacidade de compartilhar efetivamente a notícia da morte pode ser aprendida e aprimorada com o treinamento. A maneira como a família recebe essas informações ficará gravada em suas mentes e provavelmente nunca será esquecida. Diversas abordagens podem tornar o processo mais "positivo" e menos estressante para as famílias e a equipe de saúde.

As considerações e estratégias das Tabelas 1 e 2 são importantes quando se comunicam más notícias. Antecipando-se às más notícias, a equipe precisa revisar todas as informações relevantes, incluindo o que aconteceu no episódio. Determine quem pode ser o destinatário da notícia, principalmente quando a identificação do paciente é incerta. É importante garantir que o destinatário seja adequado e que todas as informações pessoais de saúde sejam consistentes com os requisitos de privacidade. Apresente-se e identifique as funções dos membros de sua equipe. Confirme a relação do falecido com todos os destinatários das más notícias.

Muitas vezes, as famílias ficam no limite à espera de más notícias e, normalmente, querem primeiro saber se o paciente está vivo ou morto. Entregue esta notícia primeiro em cerca de 30 a 60 segundos. Uma estratégia é começar com uma narrativa rápida sobre o que foi feito e depois a notícia da morte. Por exemplo, "X sofreu um grave acidente de carro, estava inconsciente quando foi encontrado, seu coração parou quando ele chegou, e não conseguimos reanimá-lo. Lamento muito, mas ele morreu." Usar a palavra "morreu, morrendo" ao dar a notícia da morte é importante e é uma prática recomendada. Permita o silêncio. Esta não é a hora para entrar em detalhes sobre cuidados médicos, lesões ou qualquer outra coisa. O silêncio e sua mera presença podem validar a emoção de uma família. Expressões de empatia (verbal e não verbal) são bem-vindas, mas elas precisam vir naturalmente.

Algumas famílias têm explosões intensas e dramáticas. É necessário um espaço seguro para a família sofrer. A segurança das pessoas que veiculam as más notícias deve ser considerada. Se possível, entregue a notícia com uma enfermeira, assistente social ou capelão, que também pode ser capaz de sustentar a família após o provedor dar a má notícia. Posicione-se na sala de forma que você tenha fácil acesso a uma saída, mas não entregue as notícias pela porta.

Caso a família não solicite ver o falecido, a equipe deve fazer a oferta. Essa etapa geralmente ajuda no fechamento de ciclos e reduz o estresse psicológico familiar posterior. Com antecedência, prepare o falecido de maneira consistente com o que é legalmente permitido. Prepare a família para o que verão e assegure-se de que um profissional de saúde a

acompanhe para responder às perguntas. Traga cadeiras para perto da cama e, se possível, diminua as luzes e feche as cortinas de privacidade para permitir que a família sofra. Esta atividade geralmente leva não mais do que 15 a 30 minutos, e permitir que as famílias tenham esse tempo pode ser inestimável, mesmo nos centros de trauma mais movimentados.

## AVALIAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Informações chave:

- Identificar diretivas antecipadas de vontade pré-existentes (no processo agudo do trauma ou dentro de 24 horas após a admissão).
- Inicie a avaliação de CP na admissão e conclua-a em 24 horas.
- Realizar uma reunião familiar estruturada para pacientes gravemente feridos o mais rápido possível, mas definitivamente dentro 72 horas após a admissão e, a partir de então, a cada três a cinco dias.
- Um prognóstico de morte, invalidez permanente ou incerteza de qualquer um deles é um gatilho para os CP iniciais e as discussões sobre os objetivos dos cuidados juntamente com o atendimento contínuo ao trauma.
- As discussões do plano de cuidados antecipados são iniciadas neste momento e revisitadas com cada mudança importante no status ou plano de cuidados.
- O prognóstico inclui o risco de morte e a recuperação funcional e cognitiva esperada ou outros resultados que podem ser importantes para o paciente.
- A "pergunta surpresa" é uma excelente ferramenta para usar como parte de uma tela abrangente de CP.

A avaliação e triagem de CP precoces tem vários propósitos, incluindo: (1) identificar o procurador dos cuidados de saúde ou tomador de decisão substituto, (2) identificar quaisquer diretivas pré-existentes, testamento vital ou ordens de não ressuscitar, (3) compreender o contexto familiar e social e (4) avaliar o prognóstico. Assim que essa triagem for concluída e revelar uma necessidade, inicie imediatamente os serviços de CP básicos apropriados e apoie os pacientes de alto risco com cuidados paliativos abrangentes. A tabela 3 descreve os prazos e metas para uma avaliação e triagem paliativa abrangente.

| **OBJETIVOS EM TODA A HOSPITALIZAÇÃO**<br>Controle da dor e dos sintomas<br>Apoio emocional da família<br>Acesso da família ao paciente<br>Comunicação interdisciplinar | |
|---|---|
| **⩽ 24 horas** | **AVALIAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS INICIAIS**<br>- Identifique o representante de saúde<br>- Obtenha informações acerca de Diretivas Antecipadas de Vontade<br>- Realize uma avaliação de prognóstico |

| | |
|---|---|
| | - Fornecer apoio emocional e informativo para a família e o paciente.<br>- Abordar o planejamento de atendimento antecipado urgente e focado nas necessidades de tomada de decisão<br>- Triagem para outras necessidades de Cuidados Paliativos |
| **⩽72 horas** | **PACIENTES COM TELA POSITIVA DE CATEGORIA I OU II**<br>- Faça uma reunião familiar<br>- Ter uma conversa sobre metas e valores do paciente |

TABELA 3: Modelo para Triagem e Avaliação de Cuidados Paliativos para o TCE

**Procuração em Saúde**

A base ética para a tomada de decisão repousa nos conceitos de julgamento e padrão de melhor interesse. Pessoas inconscientes, necessitam de familiares/amigos que tomem decisões com base nos desejos prováveis ou estabelecidos pelo indivíduo doente, mesmo que possam entrar em conflito com seus próprios desejos pessoais. Essa tomada de decisão costuma ser difícil, principalmente na ausência de uma diretiva antecipada. Os profissionais de saúde precisam encorajar os substitutos a tomar as decisões que o paciente deseja, portanto, assegure-os de que estão respeitando a autonomia e a dignidade do sujeito ao realizar seus desejos. Nos casos em que os desejos do paciente não podem ser verificados, espera-se que os substitutos usem o padrão de melhor interesse, o que significa que eles escolhem a opção que é melhor para o paciente com base no que uma pessoa "razoável" desejaria.

5.1 Avaliação de cuidados paliativos: reunião inicial (dentro de 24 horas)

Os objetivos da primeira reunião incluem:

- Identifique os principais membros da família ou outros suportes.
- Determine quem são os principais tomadores de decisão e se algum está ausente.
- Identifique quaisquer diretivas antecipadas ou planejamento antecipado de cuidados desejos que poderiam ter sido comunicados em um momento anterior.
- Avaliação de prognóstico completo com base em lesões, idade e problemas de saúde pré-existentes.

- Comunique o prognóstico aos membros da família sobre a extensão das lesões, uma gama estimada de resultados com base no estado de saúde pré-lesão e o impacto que as lesões podem ter na função física e cognitiva. Inclui o nível de certeza ou incerteza no prognóstico.

Esta primeira conversa é muito importante e prepara o terreno para futuras comunicações e interações familiares. A discussão fornece expectativas realistas para a família. Comunique-se com compaixão, de maneira concisa e sem jargões. Ouça e reconheça as emoções difíceis. Para pacientes com doenças graves e/ou lesões não curáveis, essa primeira discussão familiar pode ocorrer no pronto-socorro. Essa conversa inicial pode levar a um alinhamento precoce do cuidado com os objetivos do paciente e evitar abordagens mais agressivas. Ocasionalmente, os membros da família podem concordar com o processo de suspensão da terapia de suporte de vida no PS. Programe a data e hora para a próxima reunião na conclusão desta primeira reunião.

Documente a discussão inicial no prontuário médico, incluindo fatores essenciais, como diretrizes antecipadas ou novas decisões sobre as preferências de tratamento. A comunicação com outros membros da equipe de saúde é importante para reduzir o risco de mensagens contraditórias que podem ocorrer entre a equipe de trauma e a equipe de cuidados intensivos.

Os pacientes têm o direito de serem tratados de acordo com seus desejos, conforme declarado em suas diretrizes antecipadas.

**Triagem de cuidados paliativos e o valor da "pergunta surpresa"**

A triagem para outras necessidades de cuidados paliativos começa na admissão e continua durante as primeiras 72 horas (Tabela 3). Os resultados da triagem identificaram o grupo de pacientes que precisam de cuidados paliativos mais intensivos, cuidados de final de vida ou consulta especializada em cuidados paliativos. Isso prepara o terreno para a próxima reunião familiar estruturada. A triagem envolve a avaliação das influências do impacto combinado das lesões, o potencial de incapacidade e o estado funcional pré-mórbido sobre a probabilidade de recuperação funcional ou morte. É importante entender que o escore de gravidade da lesão não é o único preditor do resultado, mas também da idade, fragilidade ou doença pré-mórbida. A "pergunta surpresa" é uma das melhores ferramentas de prognóstico para os gravemente hospitalizados. A resposta a esta pergunta: “Você ficaria surpreso se este paciente morresse em 1 ano? ” é uma parte útil do processo de análise. Se a resposta for NÃO, então isso, junto com outras informações, deve desencadear vias de cuidados paliativos e levar à discussão sobre o planejamento de cuidados antecipados. As metas de cuidado são esclarecidas no que diz respeito ao prolongamento da vida, manutenção da função e qualidade de vida e tomada de decisão compartilhada no contexto das lesões.

A triagem identificará pacientes que são jovens ou saudáveis, com lesões sem risco de vida. Esses pacientes são considerados “negativos” e requerem gerenciamento de dor e sintomas, bem como a identificação de um representante de saúde. Os demais pacientes com uma triagem positiva se beneficiarão de CP precoces com foco em Conversas sobre Metas de Cuidado e tomada de decisão apropriada. Os pacientes com uma triagem positiva geralmente se enquadram em duas categorias distintas (Tabela 4):

Categoria 1: os pacientes têm incerteza quanto à recuperação funcional a longo prazo ou sobrevivência devido a lesões traumáticas graves, idade, fragilidade, comorbidades ou uma combinação desses fatores. A resposta à "pergunta surpresa" é um "talvez" ou "não". Esses pacientes precisam de discussões antecipadas sobre o planejamento de cuidados e esclarecimento das preferências de ressuscitação. As primeiras conversas sobre metas de atendimento são necessárias para estabelecer prioridades e preferências para o atendimento contínuo ao trauma com foco no atendimento de complicações potenciais, por exemplo, falência de órgãos.

Categoria 2: os pacientes apresentam grandes lesões traumáticas com risco de vida ou incapacitantes, ou lesões menores com comorbidades subjacentes graves, fragilidade ou idade avançada. Eles correm alto risco de morte no hospital ou alta para cuidados de dependentes. A resposta à "pergunta surpresa" é um "não" definitivo. Esses pacientes precisam precocemente de Conversas sobre Metas de Cuidado, esclarecimento das preferências de tratamento e cuidados ao final da vida, se apropriado, incluindo a consideração de casa de cuidado.

| | **Negativos** | **Positivos Categoria 1** | **Positivos Categoria 2** |
|---|---|---|---|
| **Gravidade da lesão traumática** | Lesões sem risco de vida | Lesões potencialmente fatais | Alto risco previsto de mortalidade hospitalar devido a lesões |
| **Incapacidade** | Lesões traumáticas não incapacitantes | Lesões potencialmente incapacitantes | Incapacidade permanente ou resultado funcional incompatível com os desejos do paciente |
| **Status Funcional Anterior** | Saudável, sem doença crônica avançada | Uma ou mais doenças graves, fragilidade, idade | Doença crônica avançada, fragilidade, idade |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | avançada | avançada |
| **Pergunta Surpresa** | Pergunta surpresa:<br>SIM | Pergunta surpresa:<br>TALVEZ ou NÃO | Pergunta surpresa:<br>NÃO |
| **Exemplo: Paciente jovem** | Jovem com:<br>Fraturas múltiplas<br>Pneumotórax | Jovem com:<br>Lesão da medula espinhal e TCE moderado<br>Amputação<br>Qualquer trauma com presença de choque | Jovem com:<br>TCE grave<br>Lesão alta da medula espinhal e Hemorragia grave<br>Múltiplas amputações |
| **Exemplo: Paciente idoso** | | Idoso ou com doenças crônicas com:<br>TCE leve<br>Múltiplas Fraturas<br>Trauma torácico<br>Lesão pequena na coluna vertebral | Idosos, frágeis ou falência orgânica com:<br>TCE leve<br>Múltiplas Fraturas de costelas<br>Qualquer lesão da medula espinhal<br>Qualquer lesão que exija cirurgia |

Tabela 4: Triagem de CP no trauma

| **TODOS os pacientes com trauma nas primeiras 24 horas** | **CATEGORIA I: Pacientes com trauma com uma triagem positiva dentro de 72 horas** | **CATEGORIA II: Pacientes com trauma com uma triagem positiva dentro de 72 horas** |
|---|---|---|
| Identificar as necessidades de cuidados de saúde<br>Identificar existência de diretivas antecipadas | Plano de cuidados avançados<br>Objetivos de cuidados | Considere medidas de conforto<br>Considere uma conversa focada em metas de cuidado<br>Considere a retirada da terapia de suporte de vida |
| Avalie e trate a dor, gerencie os sintomas<br>Apoie a família | Avalie e trate a dor, gerencie os sintomas<br>Apoie a família | Avalie e trate a dor, gerencie os sintomas<br>Apoie a família<br>Ofereça luto, apoio espiritual |
| Continue com o atendimento total ao trauma, a menos que haja resultados que são claramente | Opções de plano de cuidados:<br><br>Ensaios com tempo limitado | Opções de plano de cuidados:<br><br>Casa de cuidado |

| | | |
|---|---|---|
| inconsistentes com os desejos do paciente | Consulta de cuidados paliativos | Transições no cuidado<br>Doação de órgãos |
| Comece a triagem paliativa com prognóstico baseado em lesões, fragilidade e resultados possíveis; aplicar "pergunta surpresa" | | |

Tabela 5. Pacote de cuidados paliativos para TCE: as primeiras 72 horas

**Reunião subsequente (no máximo 72 horas depois)**

Uma reunião familiar estruturada formal subsequente é necessária nas primeiras 72 horas. A reunião é conduzida de maneira semelhante à primeira reunião, começando com uma mensagem clara do estado do paciente e a presença ou ausência de qualquer melhora.

Com o tempo, a família e os sistemas de apoio começam a entender a gravidade das lesões e a compreender melhor o resultado a longo prazo. Discussões mais detalhadas sobre os desejos do paciente e objetivos de tratamento são exploradas, especialmente na ausência de diretrizes antecipadas.

Nesse momento, as lesões do paciente são mais completamente identificadas e o prognóstico pode ser determinado com maior clareza. A triagem de cuidados paliativos concluída ajuda a informar a conversa com uma oportunidade de compartilhar informações relacionadas à gravidade das lesões e fatores como comorbidades e o grau de fragilidade que terão grande impacto na probabilidade de recuperação funcional. Se o paciente tiver resultado positivo na triagem para cuidados paliativos precoces, as discussões sobre o planejamento de cuidados antecipados são iniciadas nesta reunião. A discussão do planejamento de atendimento antecipado concentra-se na identificação dos objetivos e valores gerais para o tratamento médico, e inclui discussões sobre as preferências de ressuscitação, como não reanimar, não entubar e outras intervenções. Documente a discussão e as preferências no gráfico e comunique-as a todos os membros da equipe de saúde e ao substituto.

Nem todos os pacientes ou substitutos estão prontos para entender o planejamento de cuidados antecipados, mesmo após um evento traumático potencialmente fatal. É aconselhável avaliar a prontidão do paciente para se envolver no planejamento de cuidados antecipados e aprender sobre as possíveis barreiras para a conversa. Essas conversas são um processo iterativo e podem precisar ser abordadas novamente no decorrer da hospitalização ou quando a condição do paciente mudar.

## METAS DE CUIDADOS

Informações Chave

- Todos os pacientes com indicação de Cuidados Paliativos devem ser submetidos a uma deliberação familiar visando traçar metas de cuidados o mais rápido possível e dentro de 72h após a admissão.
- O objetivo da deliberação familiar é garantir que todo o tratamento oferecido durante a hospitalização seja concordante com os valores do paciente e de seus familiares.
- Os Hospitais necessitam estabelecer protocolos e políticas visando uma deliberação mais acolhedora e assertiva possível.

A deliberação baseia-se na construção de um plano terapêutico avançado, sendo incluído os valores e desejos do paciente no contexto de grave lesão traumática. O diálogo está focado especificamente para orientar a terapia que será implementada.

Cada conversa deve esclarecer as eventuais dúvidas dos familiares em relação ao prognóstico e a terapêutica implementada. Todas as deliberações devem ser documentadas em prontuário do paciente. O resultado da deliberação deve incluir decisões sobre:

- Reanimação cardiopulmonar
- Ventilação mecânica
- Nutrição e hidratação artificial
- Hemodiálise

## CUIDADO NO FIM DA VIDA

Informações Chave

- Pedidos de não reanimação ou não intubação não impedem o tratamento ou a entrega de cuidado com intenção curativa.
- A retirada do suporte de vida não implica a retirada do "cuidado". Mais precisamente, se refere à retirada de intervenções de suporte de vida.
- Os centros médicos precisam das seguintes políticas / procedimentos em vigor para garantir cuidados paliativos de alta qualidade:
- Políticas relacionadas à reconsideração do status de não reanimação no período Peri operatório
- Protocolos relacionados à retirada da terapia de suporte à vida
- Conjuntos de ordem de cuidados de conforto padronizados que abordam o manejo da dor e dos sintomas

Uma vez que as discussões sobre os objetivos do cuidado ocorram e um amplo consenso seja alcançado para os objetivos do cuidado com o paciente e a equipe de saúde, considere como as intervenções podem ser alinhadas com esses objetivos. Os tipos das intervenções podem incluir a escrita

de uma ordem de não reanimação, retirada da terapia de suporte à vida e / ou cuidados de conforto.

### 7.1 Pedidos de não reanimação

O status de não reanimação ou não intubação e seus pedidos associados no prontuário médico são um componente dos cuidados paliativos e de fim de vida, mas não são sinônimos desses cuidados. Nem todos os pacientes com essas definições estão no final de vida, e alguns ainda optam por tentativas agressivas de cuidados curativos, excluindo essas intervenções específicas.

Muitas condições exigem tratamento que pode resultar em parada cardíaca, incluindo tratamento de arritmias e/ou hipotensão. A intervenção cirúrgica pode ser apropriada no contexto certo. As decisões sobre a suspensão de pedidos de não intubação precisam ser feitas individualmente, após discussão com os pacientes/substitutos sobre os objetivos previstos e os resultados da intervenção.

### 7.2 Retirada de Suporte de Vida

Assim que for tomada a decisão de prosseguir com a retirada do suporte de vida, este processo não é considerado "retirada do cuidado". É a retirada das intervenções de suporte à vida, e o foco muda para garantir que o paciente não sinta dor ou sofrimento. Um pedido de não reanimação/não intubação precisa estar em vigor. Várias considerações sobre o processo

de morrer são importantes, como estimar a rapidez com que a morte ocorrerá e os preparativos adequados necessários para o paciente e sua família.

Em pacientes sob medicação de vasopressores ou suporte ventilatório, sua remoção geralmente leva à morte em poucos minutos, enquanto os pacientes com lesão cerebral traumática grave (TCE) muitas vezes sobrevivem vários dias. Transferir o paciente e sua família para um ambiente diferente (por exemplo, um quarto privado, unidade de cuidados paliativos) pode ser apropriado para muitos; no entanto, evite a transferência se a morte for iminente.

O procedimento de retirada do suporte vital deve ser coordenado, levando-se em consideração as necessidades da família e do paciente. Políticas e procedimentos definidos são necessários para orientar esse processo e minimizar a dor, o desconforto e a dispneia.

- Crie um ambiente tranquilo com amplo espaço para a família
- Remova todos os equipamentos, dispositivos de monitoramento e restrições desnecessárias. Silencie todos os alarmes.
- Interrompa todos os medicamentos, alimentação ou acessos intravenosos que não estejam relacionados ao conforto.
- Forneça lenços de papel, água e cadeiras confortáveis para os membros da família.
- Ajuste as grades da cama / altura da cama para permitir que o paciente toque ou segure as mãos.
- Informe a família sobre o processo de morte e o que pode acontecer.
- Reserve tempo para quaisquer rituais, especialmente se houver probabilidade de morte iminente após a remoção do suporte.

Proceda a retirada do suporte ventilatório com a cessação do bloqueio neuromuscular e administre medicamentos apropriados para sedação, controle da dor e prevenção de dispneia. Os opióides são a primeira linha para o tratamento da dispneia. Se a dispneia for refratária, administre pequenas doses de benzodiazepínicos que podem ser tituladas para reduzir os sintomas (Ramos, 2017). Muitas vezes, o paciente é simplesmente extubado após a aspiração, porque as secreções orais e respiratórias podem causar estresse, obstrução das vias aéreas, ou o "estertor da morte". Para diminuir as secreções, a escopolamina é eficaz, assim como a elevação da cabeceira da cama e a sucção oral. Pacientes e familiares consideram a dispneia muito angustiante. Tranquilize-os de que os medicamentos serão oferecidos e a dispneia será controlada.

Quando a morte não for iminente, transfira o paciente para uma ala que possa permanecer com a família. A visitação familiar ilimitada é ideal. Muitas vezes, a família precisa de garantias contínuas de que eles estão buscando atendimento de acordo com os desejos do paciente, uma vez que o paciente não morreu simplesmente quando "tudo foi interrompido".

Após a declaração de morte, é importante permitir que a família e a equipe estejam com o paciente. Existem circunstâncias que irão permitir a doação de órgãos após morte cardíaca. Quando aplicável, as políticas e protocolos devem levar em consideração as necessidades dos pacientes e familiares, conforme descrito acima, juntamente com considerações importantes para a equipe de transplante para otimizar a função dos órgãos para o receptor.

## CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA PACIENTE GERIÁTRICO

Informações Chave

- Uma triagem de fragilidade deve ser concluída na admissão para todos os pacientes com 60 anos ou mais.
- A presença de fragilidade por qualquer medida prevê uma alta probabilidade de mortalidade ou mau estado funcional na alta, independentemente da gravidade da lesão.
- A presença de fragilidade deve desencadear processos de CP, incluindo a identificação de diretrizes antecipadas e Metas de Conversação sobre Cuidados.

A Fragilidade, em detrimento da idade cronológica, é o preditor dominante de resultados adversos e da necessidade de cuidados paliativos em pacientes idosos. Fragilidade é um estado de vulnerabilidade clinicamente reconhecível resultante de falência de órgão-alvo preexistente e declínio relacionado à idade na reserva e função em vários sistemas fisiológicos. Pode manifestar-se como sarcopenia, história de quedas múltiplas ou declínio funcional.

Sua presença é uma triagem positiva para as vias de cuidados paliativos e deve desencadear avaliações adicionais e cuidados coordenados de qualidade que abordem múltiplos domínios (em outras palavras, físico, psicológico, social, espiritual, cultural, ético).

O rastreamento de fragilidade em pacientes geriátricos com trauma é altamente dependente de um respondente substituto, na maioria das vezes um membro da família. Embora vários instrumentos de triagem estejam disponíveis, um corpo crescente de pesquisas apoia a escala FRAIL de 5 itens como um instrumento de triagem fácil, mas válido para uso por médicos (Tabela 6).

| | |
|---|---|
| **F**: Fadiga | O paciente se cansa ou se exaure facilmente? |
| **R**: Resistência | O paciente tem dificuldade para subir um lance de escada sozinho? |
| **A**: Deambulação | O paciente tem dificuldade para caminhar um quarteirão (várias centenas de metros)? |
| **I:** Doenças | O paciente tem 5 ou mais doenças (comorbidades, incluindo hipertensão, diabetes, câncer [exceto câncer de pele menor], doença pulmonar crônica, Síndrome Coronariana, Insuficiência Cardíaca, |

| | |
|---|---|
| | Asma, Artrite Reumatoide, Doença renal Crônica e AVC) |
| **L**: Perda de peso | O paciente perdeu peso (5 a 10 por cento) nos últimos seis meses a um ano? |

-> A presença de três ou mais itens indica possibilidade de fragilidade
-> A presença de um ou dois itens indica a possibilidade de pré-fragilidade
Tabela 6: Questionário FRAIL

## CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA LESÃO CEREBRAL TRAUMÁTICA

Informações Chave
- A escala Glasgow é um preditor preciso de morte por lesão cerebral traumática, mas é menos útil na predição de resultados cognitivos funcionais em sobreviventes.
- As conversas precisam se concentrar em resultados cognitivos e funcionais potenciais para determinar sua compatibilidade com os objetivos de cuidado do paciente e / ou diretrizes antecipadas.

Sobreviventes de TCE moderado (GCS <12) ou grave podem ter significativo funcional e limitações cognitivas. A GCS é um bom preditor de mortalidade, mas é menos útil para predizer o resultado funcional em longo prazo, que é de maior importância nas decisões relacionadas aos cuidados no final da vida.

Um GCS <12 é um gatilho para o paciente receber uma tela de cuidados paliativos mais extensa. A combinação de TCE grave e idade avançada é particularmente relevante, pois geralmente os resultados são ruins. Aproximadamente 25% dos pacientes com 65 anos ou mais que passam por um procedimento craniano para TCE morrem no hospital e 50% morrem dentro de um ano após a lesão. Mais importante, quase nenhum retorna a uma vida independente. Informações adicionais sobre o prognóstico para orientar as discussões estão disponíveis por meio de uma calculadora de prognóstico.

Embora alguma preocupação com o potencial para estabelecer uma "profecia autorrealizável" com limitações iniciais de tratamento, discussões objetivas para estabelecer metas realistas de cuidado ainda devem ocorrer. Todos os membros da equipe de saúde, incluindo intensivistas, neurologistas, neurocirurgiões e fisiatras, devem se comunicar em uma só voz sobre o estado do paciente. Às vezes, permitindo que a família / tomador de decisões visualize a tomografia computadorizada (TC) para ver as evidências de lesão pode ser útil para apoiar a decisão de cuidados paliativos. Os acordos médico-paciente-família podem ser úteis para permitir que a família e a equipe de saúde vejam se a melhora no estado mental ocorre antes de prosseguir com a retirada do suporte ou mais cuidados médicos de suporte à vida.

## ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

De forma a garantir uma alta segura e na perspectiva dessa possibilidade é importante que se tenha um bom relacionamento com a equipe de assistência domiciliar de residência da pessoa com TCE, em especial aqui o Melhor em Casa.

No momento em que este indivíduo estiver com prognóstico fechado, a família em comum acordo com o CP e prestes a ser encaminhado para ala de enfermaria, é comunicado as equipes de atendimento domiciliar sobre o retorno do paciente ao seu domicílio. O profissional responsável por este contato é o assistente social do hospital e poderá ser realizado via meio eletrônico ou contato telefônico.

Dessa forma, a equipe de atenção domiciliar conseguirá realizar as avaliações necessárias do domicílio desses indivíduos, mapeamento estratégico, avaliação de disponibilidade de profissionais, equipamentos necessários e articulação com comunicação eficaz na transferência dos cuidados.

É imprescindível que a equipe do Melhor em Casa, consiga entender e garantir a família o retorno desse indivíduo para a residência.

## REFERÊNCIAS

ABRANTES, A. B. M. B.; SILVA, I. A.; GONÇALVES-JUNIOR, P. C. J.; RODRIGUES, H. F. S. Perfil Epidemiológico de Vítimas de Traumatismo Cranioencefálico Atendidos na Unidade de Neurocirurgia em um Hospital Público Terciário do Distrito Federal. **Brazilian Journal of Neurosurgery**, v. 34, n. 2, p. 194-201, 2023.

AGUIAR, M. S.; SILVA, D. C. A.; DOS ANJOS, I. A.; BRITO , J. Q. ; BEZERRA, M. B. S.; AZEVEDO, M. C.; OLIVEIRA, M. C.; COSTA, S. S.; RODRIGUES, T. P. Perfil epidemiológico de traumatismo cranioencefálico por acidente de trânsito na população jovem no ano de 2020-2021. **Revista Foco**, v. 16, n. 2, p. e1178, 2023.

ARAÚJO, R. C. G.; PAULA, C. R.; MACEDO, C. A.; PARANAÍBA, J. F. F. S.; PELAZZA, B. B.; MAIA, L. G.; FERII, L. P.; SILVA, G. A. Programa melhor em casa: processo de trabalho da equipe multiprofissional. **Itinerarius Reflectionis**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 01–23, 2018.

BAJWAH, S.; OLUYASE, A. O.; YI, D.; GAO, W.; EVANS, C. J.; GRANDE, G.; TODD, C.; COSTANTINI, M.; MURTAGH, F. E.; HIGGINSON, I. J. The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 9, n. 9, p.12780, 2020.

BAQUIAO, A. P. S. S.; ALMEIDA, B. C.; SILVA, L. G. R.; PERES, R. S.; GRINCENKOV, F. R. S. Educação interprofissional em saúde: revisão integrativa da literatura brasileira (2008-2018). **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 12, n. 4, p. 125-139, 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 71, 2016.

BRIZZI, K.; CREUTZFELDT, C. J. Neuropalliative Care: A Practical Guide for the Neurologist. **Seminars in neurology**, v. 38, n. 5, p. 569-575, 2018.

CARTERI, R. B. K.; SILVA, R. A. Incidência hospitalar de traumatismo cranioencefálico no Brasil: uma análise dos últimos 10 anos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, n. 2, p. 282–289, abr. 2021.

CAVALCANTE, M. E. P. L.; SANTOS, M. M.; TOSO, B. R. G. O.; VAZ, E. M. C.; LIMA, P. M. V. M.; COLLET, N. Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20220001, 2022.

DOLMANS, R. G. F.; ROBERTSON, F. C.; EIJKHOLT, M.; VAN VLIET, P.; BROEKMAN, M. L. D. Palliative Care in Severe Neurotrauma Patients in the Intensive Care Unit. **Neurocritical care**, v. 39, n. 2, 2023.

GEORGIA, M. A. The intersection of prognostication and code status in patients with severe brain injury. **Journal of critical care**, v. 69, p. 153997, 2022.

GOFTON, T. E.; CHUM, M.; SCHULZ, V.; GOFTON, B. T.; SARPAL, A.; WATLING, C. Challenges facing palliative neurology practice: A qualitative analysis. **Jornal das Ciências Neurológicas**. v. 385, p. 225-231, 2018.

GOSS, A. L.; CREUTZFELDT, C. J. Prognostication, Ethical Issues, and Palliative Care in Disorders of Consciousness. **Neurologic clinics**, v. 40, n. 1, p. 59-75, 2022.

JUNGES, J. R.; SCHAEFER, R.; LOPES, P. P. S.; NIED, C.; WEBER, S. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: discussão de um caso. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 21, n. 2, 2022.

LEÃO, B. E.; MADUREIRA, E. M. P. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo cranioencefálico no brasil de 2020 a 2023. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 8, p. 2826–2835, 2023.

LIMA, A. C. B.; BONFIM, C. V.; ALMEIDA, A. C.; GONÇALVES, F. R.; FURTADO, B. M. A. S. M. Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico submetidas a neurocirurgias. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 20, p. 97-105, 2019.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 47, n. 165, p. 1044-1066, 2017.

RAMOS, A.F.N.; TAVARES, A.P.M.; MENDONÇA, S.M.S. Controle da dor e dispneia de pacientes com câncer no serviço de urgência: resultados da intervenção de enfermagem. **Rev Dor**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 166-172, 2017.

MOURA, G. H. S.; CUALHETE, D. N.; FERNANDES, M. T. A. Percepção dos cuidados da equipe multiprofissional na assistência ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 83-95, 2022.

OLIVEIRA, M. F.; ROCHA, A. S.; SANTANA, A. R.; MENEGOTTO, L. L.; MAIA, R. S. Implicações Biopsicossociais do Traumatismo Cranioencefálico: Revisão Integrativa da Literatura. **ID online Revista de Psicologia**, v.15, n. 57, p. 376-390, 2021.

PAGE, M. J.; MCKENZIE, J. E.; BOSSUYT, P. M.; BOUTRON, I.; HOFFMANN, T. C.; MULROW, C. D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **The British Medical Journal**, v. 372, n. 71, 2021.

PAPPADIS, M. R.; MALAGARIS, I.; KUO, Y. F.; LELAND, N.; FREBURGER, J.; GOODWIN, J. S. Care patterns and predictors of community residence among older patients after hospital discharge for traumatic brain injury. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 71, n. 6, p.1806-1818, 2023.

PERLICK, A.; OTERO, R.; VALDEZ, E.; KWANG, H. Palliative care decision-making in the setting of traumatic brain injury: a case report. **American College of Chest Physicians**. v. 158, n. 4, 2020.

RODRIGUES, M. S.; SANTANA, L. F.; SILVA, E. P. G.; GOMES, O. V. Epidemiologia de traumatismo cranioencefálico em um hospital. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 16, n. 1, p. 21-24, 2018.

SADY, E. R. R.; SILVA, L. M. C. J., VEIGA, V. C., ROJAS, S. S. O Cuidados neuropaliativos: novas perspectivas dos cuidados intensivos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, n. 1, p. 146-153, 2021.

SCHULTZ, K. L.; BRASEL, K. J.; ZONIES, D. H.; COOK, M. R. Effective Palliative Care in the Trauma Setting. **The American surgeon**, v. 86, n. 11, p. 1441–1444, 2020.

SILVEIRA, M. R. M.; FORTE, D. N. Palliative care and neurology: a path to neuropalliativism. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 80, n. 5, p. 328–335, 2022.

SOPER, K.; REILLY, M.; KRENZER, B. The Impact of Embedding a Palliative Care Advance Practice Provider on a Neuroscience Intensive Care Unit Service. **The Journal for Nurse Practitioners**, v.19, n. 4, p. 104542, 2023.

SOUSA, E. M. M.; TAVARESM, C. C.; SILVA, M. C. S. M.; BARRETOS, L. S.; MARQUESM, S. Cuidados paliativos em pacientes neurológicos: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 44, p. e12791, 2023.

SPENCER, A. L.; MILLER, P. R.; RUSSELL, G. B.; CÓRNEA, I. B.; MARTERRE, B. Timing is everything: Early versus late palliative care consults in trauma. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 94, n. 5, p. 652-658, 2023.

WINTERS, M. E.; HU, K.; MARTINEZ, J. P.; MALLEMAT, H.; BRADY, W. J. The critical care literature 2021. **The American journal of emergency medicine**, v. 63, p.12-21, 2023.

WU, A.; ZHOU, J.; QUINLAN, N.; DIRLIKOV, B.; SINGH, H. Early palliative care consultation offsets hospitalization duration and costs for elderly patients with traumatic brain injuries: Insights from a Level 1 trauma center. **Journal of clinical neuroscience**, v.108, p.1-5, 2023.