

Implementação de cuidados paliativos e seu impacto no AVC agudo: Revisão de literatura

Implementation of palliative care and its impact on acute Stroke: A literature review

Implementación de cuidados paliativos y su impacto en el Accidente Cerebrovascular Agudo:
Revisión de la literatura

Recebido: 03/02/2026 | Revisado: 07/02/2026 | Aceitado: 07/02/2026 | Publicado: 08/02/2026

Kethelen Konstansky Jacob

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7552-585X>

Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Brasil

E-mail: kethkj@gmail.com

Rosângela Silva Rigo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2031-0204>

Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Brasil

E-mail: lrigo@terra.com.br

Resumo

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de mortalidade e incapacidade global. Este estudo objetiva analisar o impacto da implementação precoce dos cuidados paliativos na qualidade de vida e na tomada de decisão em pacientes com AVC agudo. A metodologia utilizada foi uma revisão integrativa da literatura, com buscas nas bases de dados PubMed e BVS (LILACS), selecionando 22 artigos publicados entre 2006 e 2025. Os resultados demonstram que, embora os cuidados paliativos melhorem significativamente o controle de sintomas como dor e dispneia (aumentando em até 31 vezes o uso de opioides quando necessário) e reduzam a ansiedade familiar, sua implementação ainda é tardia e subutilizada. Barreiras culturais e falhas na comunicação prognóstica levam a intervenções fúteis e ao sofrimento não tratado. Conclui-se que a integração precoce da abordagem paliativa, coexistindo com o tratamento curativo, é essencial para alinhar as condutas médicas aos valores do paciente, otimizando o conforto e a satisfação familiar sem antecipar o óbito.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Cuidados Paliativos; Qualidade de Vida; Tomada de Decisão.

Abstract

Stroke is a leading cause of global mortality and disability. This study aims to analyze the impact of early palliative care implementation on quality of life and decision-making for patients with acute stroke. The methodology employed was an integrative literature review, with searches conducted in PubMed and VHL (LILACS) databases, resulting in a selection of 22 articles published between 2006 and 2025. Results demonstrate that while palliative care significantly improves symptom management, such as pain and dyspnea (increasing opioid use by up to 31 times when necessary), and reduces family anxiety, its implementation remains delayed and underutilized. Cultural barriers and failures in prognostic communication lead to futile interventions and untreated suffering. The study concludes that early integration of a palliative approach, alongside curative treatment, is essential to align medical procedures with patient values, optimizing comfort and family satisfaction without accelerating death.

Keywords: Stroke; Palliative Care; Quality of Life; Decision Making.

Resumen

El Accidente Cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. Este estudio tiene como objetivo analizar el impacto de la implementación temprana de los cuidados paliativos en la calidad de vida y la toma de decisiones en pacientes con ACV agudo. La metodología utilizada fue una revisión integradora de la literatura, con búsquedas en las bases de datos PubMed y BVS (LILACS), seleccionando 22 artículos publicados entre 2006 y 2025. Los resultados demuestran que, si bien los cuidados paliativos mejoran significativamente el control de síntomas como el dolor y la disnea (aumentando hasta 31 veces el uso de opioides cuando es necesario) y reducen la ansiedad familiar, su implementación sigue siendo tardía e infrautilizada. Las barreras culturales y las fallas en la comunicación pronóstica conducen a intervenciones fútiles y al sufrimiento no tratado. Se concluye que la integración temprana del enfoque paliativo, coexistiendo con el tratamiento curativo, es esencial para alinear las conductas médicas con los valores del paciente, optimizando el confort y la satisfacción familiar sin anticipar el fallecimiento.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular; Cuidados Paliativos; Calidad de Vida; Toma de Decisiones.

1. Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo, com mais de 7 milhões de mortes em 2021, no mesmo ano em 3º lugar de mortalidade mundial, atrás apenas do Infarto Agudo do Miocárdio e infecção por COVID-19. (GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators., 2024).

Sua relevância não é apenas em sua mortalidade, mas também no profundo impacto causado não apenas aos pacientes, mas também às suas famílias e aos sistemas de saúde devido às suas sequelas, mesmo com o tratamento intensivo. A carga global de acidente vascular cerebral, medida em anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), aumentou de 137 milhões em 2000 para 160 milhões em 2021. (GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators., 2024).

Nesse cenário de alta complexidade e prognóstico muitas vezes reservado, surge a necessidade de uma abordagem de cuidado que vá além do modelo puramente curativo. Os Cuidados Paliativos, definidos pela Organização Mundial da Saúde como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e famílias que enfrentam doenças que ameaçam a vida, oferecem um caminho para essa assistência. Em 2014, a American Heart Association (AHA) concluiu que, na época, havia pouca evidência de qualidade sobre cuidados paliativos no AVC agudo, o que demonstra que a implementação de cuidados paliativos é uma discussão recente e ainda em construção. Após essa publicação, uma década se passou e muito se avançou nesse cenário. (Creutzfeldt, Palliative and End-of-Life Care in Stroke: A Scientific Statement From the American Heart Association, 2025)

O AVC agudo frequentemente impõe um fardo devastador de sintomas, incluindo dor, dispneia, delirium e sofrimento existencial, que nem sempre são adequadamente abordados pelo tratamento padrão. A integração de uma equipe de cuidados paliativos pode otimizar o controle desses sintomas, melhorando o conforto e a qualidade de vida do paciente desde a fase inicial da doença. Além disso, a comunicação sobre o prognóstico de um evento neurológico agudo costuma ser desafiadora. Uma abordagem paliativa estruturada, com reuniões familiares e comunicação clara, pode reduzir a incerteza e a ansiedade dos familiares, promovendo uma compreensão mais realista do quadro clínico e das opções de tratamento. (Creutzfeldt, Neuropalliative Care for Stroke Providers, 2023).

Este estudo objetiva analisar o impacto da implementação precoce dos cuidados paliativos na qualidade de vida e na tomada de decisão em pacientes com AVC agudo.

2. Metodologia

Esta pesquisa utiliza a revisão integrativa para analisar e interpretar a produção científica atual sobre o tema. Por ser uma síntese abrangente de conhecimentos, essa técnica não apenas descreve a evolução teórica do assunto, mas também revela áreas ainda pouco exploradas, o que fundamenta a necessidade de estudos futuros. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica integrativa (Snyder, 2019; Crossetti, 2012) num estudo de natureza quantitativa em relação aos 22 (Vinte e dois) artigos selecionados para compor o “corpus” deste estudo e de natureza qualitativa em relação à discussão realizada sobre os artigos (Risemberg, Wakin & Shitsuka, 2026; Pereira et al., 2018).

Para avaliar se, em pacientes adultos com AVC agudo, a implementação precoce de cuidados paliativos, em comparação com o tratamento padrão, impacta a qualidade de vida, a satisfação da família e as decisões de fim de vida, foi acessada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na USA National Library of Medicine (PubMed). Foram excluídos artigos que: eram voltados exclusivamente ao tratamento de patologias que não englobavam AVC; não estavam relacionados a cuidados paliativos; foram escritos em outros idiomas além do inglês, do português e do espanhol; foram publicados antes de 2006; eram anais de eventos, teses, cartas ao editor, dissertações e/ou não estavam disponíveis na íntegra.

Os descritores (DeCS/MeSH) e termos livres utilizados na estratégia de busca foram: 'Acidente Vascular Cerebral' (Stroke), 'Cuidados Paliativos' (Palliative Care), 'Qualidade de Vida' (Quality of Life) e termos relacionados ao desfecho, como 'Satisfação da Família' e 'Tomada de Decisão'. Foram encontrados 39 estudos sobre o tema com os termos utilizados. Destes, 13 foram excluídos pelo fato de não preencherem os critérios de inclusão e não serem diretamente relacionados com o assunto. Em última análise, 4 estudos não foram encontrados integralmente, o que resultou em 22 artigos como corpus analítico. Os 22 artigos selecionados foram os seguintes: 1. Molitor et al. (2018), 2. Govind (2023), 3. Correia (2025), 4. Khosravani et al. (2023), 5. Khosravani et al. (2025), 6. Kendall (2018), 7. D'Alessandro (2020), 8. Connolly (2021), 9. Cowey (2021), 10. Tramonte et al. (2024), 11. Creutzfeldt (2021), 12. Creutzfeldt et al. (2023), 13. Creutzfeldt et al. (2024), 14. Creutzfeldt (2012), 15. Alonso (2016), 16. American Heart Association (2025), 17. American Heart Association (2024), 18. Cameron & Gignac (2008), 19. Downar et al. (2022), 20. Gélinas et al. (2021), 21. Kuckel et al. (2022), 22. Oliver et al. (2016).

3. Resultados e Discussão

Embora os cuidados paliativos sejam definidos como uma abordagem multidisciplinar voltada à otimização da qualidade de vida em patologias severas (incluindo o AVC isquêmico ou hemorrágico agudo), sua integração clínica permanece subutilizada. A literatura científica aponta a persistência de barreiras estruturais e culturais que limitam o acesso dessa população a esses serviços (Molitor et al., 2018).

Essa subutilização reflete-se em dados alarmantes sobre a tempestividade do cuidado. Estudos observacionais de 2025 revelam que a implementação na prática é tardia, sendo que menos de 10% dos pacientes que falecem nos primeiros 30 dias após AVC recebem avaliação de Cuidados Paliativos (Govind, 2023). Em uma coorte suíça, a mediana do tempo entre a admissão e a decisão de não reanimar foi de 4 dias, e o óbito ocorreu apenas 3 dias após essa decisão (Correia, 2025). Dados canadenses corroboram esse atraso, indicando uma mediana de 6 dias para a consulta de cuidados paliativos em pacientes que faleceram internados (Khosravani, 2025). Isso sugere que, no modelo padrão, o cuidado paliativo é introduzido quando a morte é iminente, perdendo-se a janela de oportunidade para o manejo de sintomas e suporte à decisão durante a fase aguda.

Além do atraso temporal, existem disparidades nos critérios de indicação. Avaliando os fatores que mais levam a consultas de cuidados paliativos, a análise multivariada de Khosravani et al. (2025) revelou que pacientes com rebaixamento do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow 3-8) e aqueles transferidos de outros hospitais têm menor probabilidade de receber uma consulta de cuidados paliativos, apesar de apresentarem alta mortalidade. Isso sugere um paradoxo em que os pacientes mais graves, incapazes de comunicar suas preferências, são os que menos recebem suporte especializado para a navegação de decisões substitutivas pelos familiares. Em contraste, comorbidades como câncer e demência aumentam a chance de consulta, indicando que o AVC por si só ainda não é universalmente reconhecido como um gatilho para cuidados paliativos.

No cuidado contínuo, não é diferente essa falha na abordagem holística; em um estudo longitudinal escocês, a análise de 219 casos de AVC de circulação anterior revelou que mais da metade dos pacientes faleceu em seis meses. O estudo aponta uma falha na abordagem multidisciplinar: houve um foco excessivo na reabilitação motora e no otimismo clínico, deixando em segundo plano o amparo social e psicológico, essenciais para o cuidado integral (Kendall, 2018).

A consequência direta dessas barreiras é o sofrimento não tratado. Ao comparar o tratamento padrão com a abordagem paliativa, a literatura destaca que o foco biomédico tradicional na recuperação neurológica frequentemente negligencia uma carga de sintomas comparável à de pacientes oncológicos, sendo os principais sintomas a dor, fadiga, dispneia, perda de memória, sofrimento psicológico, incontinência, dependência para atividades diárias e restrição de mobilidade (Govind, 2023).

Para compreender a magnitude desse sofrimento, é necessário aplicar o conceito de Dor Total, inicialmente proposto

por Cicely Saunders (D'Alessandro, 2020). Amplamente utilizado nos Cuidados Paliativos, abrange o sofrimento além do físico, mas também em suas dimensões psicológicas, sociais e espirituais. A declaração da American Heart Association de 2024 reforça que o AVC requer uma abordagem para tratamento da Dor Total e que Cuidados Paliativos devem ser abordados e instituídos desde o diagnóstico de AVC grave (Creutzfeldt, Palliative and End-of-Life Care in Stroke: A Scientific Statement From the American Heart Association, 2025).

No ambiente intra-hospitalar, as necessidades paliativas mais frequentes são disfagia (96,8%), dispneia (16-48%) e dor (30,3-42,7%) (Cowey, 2021). A dor pós-AVC exibe uma trajetória complexa, com pico de severidade entre 4 e 6 meses após o evento, sendo frequentemente subdiagnosticada sem uma avaliação paliativa dedicada (Creutzfeldt, Palliative and End-of-Life Care in Stroke: A Scientific Statement From the American Heart Association, 2025).

A implementação de cuidados paliativos tem um impacto direto e mensurável no conforto físico. Um estudo brasileiro de 2025 demonstrou que a avaliação por uma equipe especializada aumentou em 31 vezes a probabilidade de uso de opioides para o controle da dor e da dispneia ($p < 0.001$) em pacientes que faleceram no hospital (Tramonte et al., 2024). A implementação de cuidados paliativos nesse estudo demonstrou também que o aumento no conforto não resultou em redução do tempo de sobrevida ou do uso de antibióticos, refutando o mito de que a palição acelera a morte ou é associada com retirada de cuidado (Tramonte et al., 2024).

Além dos sintomas físicos, há dimensões subjetivas que exigem atenção. A implementação de uma abordagem paliativa, mesmo que não especializada, realizada pelo próprio neurologista, permite a identificação precoce desses sintomas "invisíveis" no modelo biomédico tradicional, como a fadiga e a disfunção sexual, que afetam profundamente a dignidade e a qualidade de vida do paciente (Creutzfeldt, 2012; Creutzfeldt, 2021). Médicos da equipe de cuidados de AVC focam na comunicação do diagnóstico, podendo deixar lacunas na gestão de sintomas físicos e emocionais, sugerindo que há uma necessidade de educação especializada em cuidados paliativos e maior colaboração interdisciplinar (Khosravani et al., 2023).

Na atualização da American Heart Association de 2025, é discutido que o uso isolado da escala NIHSS é insuficiente para capturar as necessidades dos pacientes. Em seu lugar é sugerido a adoção do mnemônico SuPPOrTT como uma estratégia para a sistematização do cuidado paliativo primário. Ao avaliar domínios de suporte psicossocial, manejo de dor, prognóstico e redefinição de metas, essa ferramenta permite que a equipe multidisciplinar identifique precocemente lacunas assistenciais, garantindo que intervenções especializadas sejam acionadas no momento oportuno, e não apenas na iminência da terminalidade (Creutzfeldt, Palliative and End-of-Life Care in Stroke: A Scientific Statement From the American Heart Association, 2025).

Além disso, é trazido um complemento para a já conhecida “Pergunta Surpresa” no contexto do AVC, trazendo uma dimensão de funcionalidade. Ao questionar se a ausência de recuperação da independência, além de apenas o óbito hospitalar, seria evento inesperado, o clínico é forçado a confrontar a trajetória provável da doença. Esta prática não serve apenas como um preditor de mortalidade, mas como um gatilho ético para o início do Planejamento Avançado de Cuidados (Downar et al., 2022).

Quanto ao manejo de sintomas em pacientes com déficits de comunicação — um desafio comum em AVCs extensos — os achados reforçam a necessidade de protocolos de avaliação não verbal. A transição da escala visual analógica para ferramentas comportamentais, como a Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT), permite uma leitura mais fidedigna do sofrimento biológico por meio de indicadores, como tensão muscular e dissincronia ventilatória (Gélinas et al., 2021). Complementarmente, a abordagem da espiritualidade é viabilizada pela aplicação do instrumento HOPE, que integra a dimensão espiritual ao cuidado clínico. Essa triagem multidimensional, associada a gatilhos automáticos baseados em eventos (como a decisão por via alternativa de alimentação), consolida o cuidado paliativo como uma camada essencial de suporte que deve coexistir com o tratamento curativo ou reabilitador desde o momento da admissão (Kuckel et al., 2022).

Tabela 1 - Checklist SuPPOrTT. Esta é uma ferramenta mnemônica recomendada para sistematizar a identificação de necessidades não atendidas.

Sigla	Domínio	Questão-Chave para a Equipe	Exemplos de Intervenção
Su	Suporte	O paciente/família precisa de ajuda psicossocial ou espiritual para lidar com a situação?	Apoio psicológico, assistência religiosa, serviço social para suporte familiar.
P	Pain (Dor)	Há presença de dor ou outros sintomas físicos angustiantes (falta de ar, náuseas, fadiga)?	Manejo farmacológico da dor, técnicas de alívio de dispneia, controle de náuseas.
PO	Prognóstico / Opções	Existem dúvidas sobre a evolução da doença ou incerteza sobre as escolhas de tratamento?	Conferência familiar, esclarecimento de diagnóstico, discussão de riscos e benefícios.
rTT	Reavaliar Metas	Precisamos redirecionar o tratamento para objetivos centrados no paciente (conforto vs. cura)?	Definição de metas de cuidado, suspensão de medidas fúteis, foco em qualidade de vida.

Fonte: Creutzfeldt, Palliative and End-of-Life Care in Stroke: A Scientific Statement From the American Heart Association (2025).

O luto não convencional também é recorrente em entrevistas com pacientes. Os sobreviventes manifestam um sofrimento profundo que evidencia uma lacuna na assistência paliativa. Surge um "luto em vida" entre pacientes e familiares, decorrente da perda da identidade e das funções sociais desempenhadas anteriormente (Kendall, 2018). Esse fenômeno, em que se chega a questionar o valor da sobrevivência diante de sequelas severas, é uma trajetória comum também em quadros de demência por lesões cerebrais graves e é geralmente abordado em reuniões familiares promovidas pela equipe de cuidados paliativos (Oliver et al., 2016).

O manejo adequado desses aspectos subjetivos depende intrinsecamente da qualidade da comunicação. Em diversos estudos, a incerteza prognóstica é uma das principais angústias de pacientes e familiares quando não é adequadamente gerenciada. Pesquisas qualitativas revelam uma dissonância nas narrativas, envolvendo um conflito entre a narrativa de recuperação otimista adotada em alguns centros para incentivar a reabilitação e a necessidade de a família entender a real situação e as limitações da nova realidade (Connolly, 2021). Profissionais de saúde admitem, em pesquisas, serem excessivamente otimistas para manter a esperança, o que gera confusão e a sensação de abandono entre os familiares quando o desfecho é negativo (Kendall, 2018).

A satisfação familiar é maior quando há tomada de decisão compartilhada e quando os profissionais validam as emoções dos cuidadores, em vez de focar apenas em métricas clínicas (Correia, 2025). A falta de preparo para a alta e a sensação de "limbo" ao retornar para casa são queixas recorrentes nos cuidados padrão, onde o planejamento antecipado de cuidados é raramente discutido (Kendall, 2018).

Esse suporte torna-se crítico nas decisões de fim de vida, que no AVC agudo raramente são lineares, o que torna a dinâmica das decisões de fim de vida em casos de AVC agudo complexas. A maioria dos pacientes perde a capacidade de comunicação ou decisão devido à gravidade do evento neurológico (afasia, coma), transferindo o peso da decisão para familiares (decisores substitutos) e equipes médicas. Em um estudo alemão, dos 40 pacientes que transicionaram para cuidados paliativos exclusivos, 38 (95%) não tinham capacidade de comunicação no momento da decisão. (Alonso, 2016).

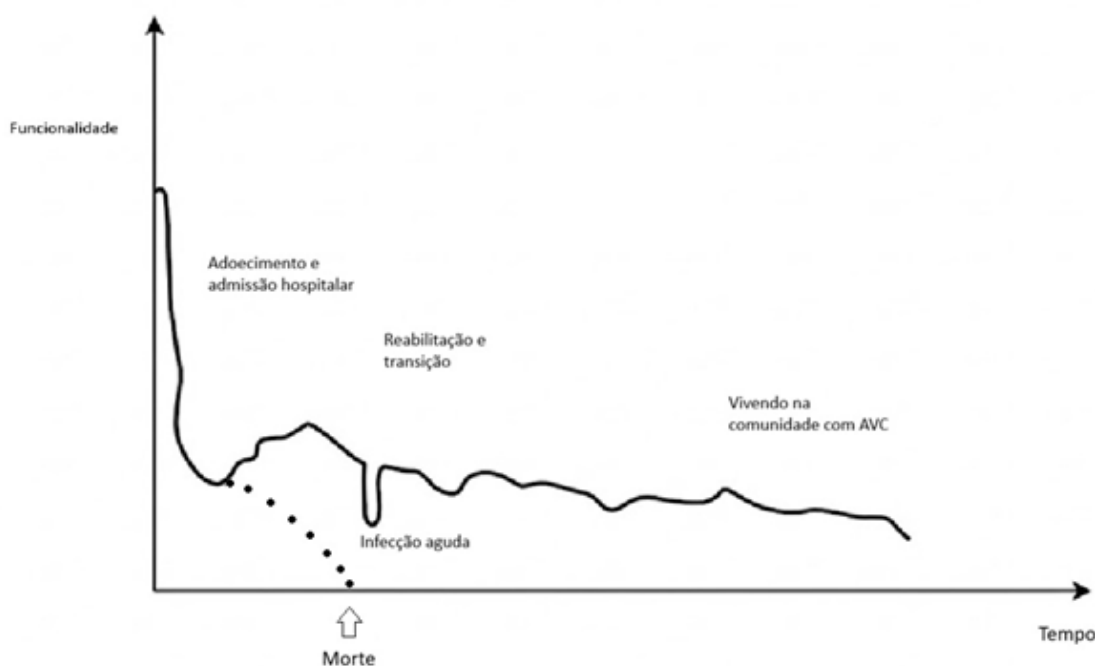
Nesse contexto, os familiares atuam como decisores substitutos. Em países de maior desenvolvimento, é comum que os pacientes e familiares usem como base documentos prévios, tais como um Testamento Vital ou a interpretação da vontade já expressa anteriormente a algum familiar. Em uma coorte suíça, 90,6% das ordens de não reanimar foram baseadas na vontade

do paciente (expressa anteriormente ou presumida pela família) (Correia, 2025). No Brasil e em outros países em desenvolvimento, isso já não é tão comum. É possível considerar que fatores raciais e culturais influenciam essa decisão, já que dados dos EUA mostraram que pacientes negros e hispânicos têm menor probabilidade de receber consultas de cuidados paliativos ou ordens de não reanimar precoces em comparação com pacientes brancos (Creutzfeldt, Palliative and End-of-Life Care in Stroke: A Scientific Statement From the American Heart Association, 2025; Creutzfeldt et al., 2023).

A complexidade decisória se estende às intervenções específicas. A decisão de não reanimar não implica automaticamente a retirada de todos os tratamentos. Muitos pacientes continuam recebendo antibióticos e nutrição por dias após a ordem de DNR, refletindo a dificuldade das equipes e famílias em transitar do "curativo" para o puramente "conforto" (Correia, 2025).

A retirada ou não início de nutrição e hidratação é identificado como a área de maior conflito e hesitação. Familiares e alguns profissionais frequentemente equiparam a suspensão da nutrição a "matar de fome", o que gera angústia moral (Molidor, 2018); porém, estudos mostram que apenas 10-15% dos pacientes pós-AVC grave que requerem gastrostomia conseguem voltar para casa. Apesar disso, quase 10% dos pacientes que morrem dentro de 3 meses após o AVC ainda recebem uma gastrostomia, o que sugere excesso de intervenção fútil devido à dificuldade em aceitar o prognóstico (Correia, 2025).

Figura 1 - Fases após AVC grave.



Fonte: Cameron & Gignac (2008); Kendall (2018).

Para navegar essa incerteza entre a recuperação e a morte, a American Heart Association (2024) recomendam fortemente o uso de Testes Terapêuticos por Tempo Limitado. Ao invés de decidir imediatamente pela retirada de suporte (ex: extubação) ou pela intervenção definitiva (ex: traqueostomia e gastrostomia), a equipe e a família concordam em manter o tratamento intensivo por um período definido e observar a resposta clínica. Se o paciente não atingir marcos neurológicos específicos nesse período, a família tem mais segurança e menos culpa para autorizar a mudança para o foco exclusivo em conforto.

4. Conclusão

O tratamento padrão do AVC agudo, embora eficaz na preservação da vida biológica, frequentemente falha em abordar a "biografia" do paciente e o sofrimento da unidade familiar. A implementação precoce de cuidados paliativos não se trata apenas de melhorar o manejo da morte, mas também de otimizar a vida durante a doença grave. Ela oferece ferramentas comunicativas para navegar pela incerteza prognóstica característica do AVC e alinha as intervenções aos valores humanos.

A implementação de cuidados paliativos — seja através de equipes especializadas ou capacitação dos demais profissionais na linha de cuidado do AVC — está associada a melhor controle de sintomas (especialmente dor e agitação), maior alinhamento do tratamento com os valores do paciente e redução do uso de recursos intensivos fúteis no fim da vida, sem acelerar o óbito. No entanto, a prática atual ainda é marcada por encaminhamentos tardios e desigualdades no acesso. A transição para um modelo de cuidado integrado, que reconheça a "incerteza" como uma constante e a "dor total" como alvo terapêutico, é imperativa para melhorar a qualidade de vida e a experiência de morte nesta população

Referências

- Alonso, A., Ebert, A. D., Dörr, D., Buchheidt, D., Hennerici, M. G., & Szabo, K. (2016). End-of-life decisions in acute stroke patients: An observational cohort study. *BMC Palliative Care*, 15, Artigo 38. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0113-8>
- Cameron, J. I., & Gignac, M. A. M. (2008). "Timing It Right": A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 305–314
- Connolly, T., Coats, H., DeSanto, K., & Jones, J. (2021). The experience of uncertainty for patients, families and healthcare providers in post-stroke palliative and end-of-life care: A qualitative meta-synthesis. *Age and Ageing*, 50(2), 534–545. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa229>
- Correia, M., von Fournier, L., Blum, D., Wegener, S., Schettle, M., Brandi, G., & Hertler, C. (2025). Factors associated with time to change of resuscitation code (Do-Not-Resuscitate) and time to death after a stroke: Palliative aspects from a tertiary center. *European Neurology*, 88(3-4), 113–121. <https://doi.org/10.1159/000547188>
- Cowey, E., Schichtel, M., Cheyne, J. D., Tweedie, L., Lehman, R., Melifonwu, R., & Mead, G. E. (2021). Palliative care after stroke: A review. *International Journal of Stroke*, 16(6), 632–639. <https://doi.org/10.1177/17474930211016603>
- Creutzfeldt, C. J. (2021). Palliative Care and Shared Decision Making in the Neurocritical Care Unit. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 27. <https://doi.org/1430-1443>. 10.1212/CON.0000000000001003.
- Creutzfeldt, C. J., Abedini, N. C., & Holloway, R. G. (2023). Neuropalliative care for stroke providers. *Stroke*, 54(10), e441–e444. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.123.043534>
- Creutzfeldt, C. J., Bu, J., Comer, A., Enguidanos, S., Lutz, B., Robinson, M. T., Zahuranec, D. B., & Holloway, R. G. (2024). Palliative and end-of-life care in stroke: A scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 55(8), e198–e214. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000465>
- Creutzfeldt, C. J., Holloway, R. G., & Walker, M. (2012). Symptomatic and palliative care for stroke survivors. *Journal of General Internal Medicine*, 27(7), 853–860. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1966-2>
- Crossetti, M. G. O. (2012). Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. *Rev Gaúcha Enferm*, 33(2):8-9.
- D'Alessandro, M. P. S., Pires, C. T., & Forte, D. N. (Coords.). (2020). Manual de cuidados paliativos. Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde.
- Downar, J., Goldman, R., Pinto, R., Englesakis, M., & Adhikari, N. K. J. (2022). The utility of the surprise question: A useful tool for identifying patients nearing the last phase of life? A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 36(7), 1019–1031.
- GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. (2024). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Neurology*, 23(10), 973–1003. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00369-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00369-7)
- Gélinas, C., Bérubé, M., Puntillo, K. A., Boitor, M., Richard-Lalonde, M., Bernard, F., Williams, V., Joffe, A. M., Steiner, C., Marsh, R., Rose, L., Dale, C. M., Tsoller, D. M., Choinière, M., & Streiner, D. L. (2021). Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool-Neuro in brain-injured adults in the intensive care unit: A prospective cohort study. *Critical Care*, 25, Artigo 142. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03561-1>
- Govind, N., Ferguson, C., Phillips, J. L., & Hickman, L. (2023). Palliative care interventions and end-of-life care as reported by patients' post-stroke and their families: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(5), 445–453. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac112>
- Johnson, P. D., Ulrich, A., Siv, J., Taylor, B., Tirschwell, D., & Creutzfeldt, C. J. (2019). Planning after stroke survival: Advance care planning in the stroke clinic. *Journal of the American Heart Association*, 8(8), e011317. <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.011317>
- Kendall, M., Cowey, E., Mead, G., Barber, M., McAlpine, C., Stott, D. J., Boyd, K., & Murray, S. A. (2018). Outcomes, experiences and palliative care in major stroke: A multicentre, mixed-method, longitudinal study. *CMAJ*, 190(9), E238–E246. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170604>

- Khosravani, H., Mahendiran, M., Gardner, S., Zimmermann, C., & Perri, G. A. (2023). Attitudes of Canadian stroke physicians regarding palliative care for patients with acute severe stroke: A national survey. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 32(4), Artigo 106997. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2023.106997>
- Khosravani, H., Mahendiran, M., Sivanandan, B., Gardner, S., Saposnik, G., Brookes, J., Berall, A., & Perri, G. A. (2025). Retrospective analysis of the integration of palliative care into the care of stroke patients admitted to a regional stroke center. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 42(3), 273–281. <https://doi.org/10.1177/10499091241253538>
- Kosminsky, L., Shah, N. Y., & Chang, P. (2019). Prognosis after stroke #374. *Journal of Palliative Medicine*, 22(5), 589–591. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0085>
- Kuckel, D. P., Jones, A. L., & Smith, D. K. (2022). The spiritual assessment. *American Family Physician*, 106(4), 415–419.
- Molidor, S., James, D., Overbaugh, K. J., & White, C. L. (2018). Palliative care and stroke: An integrative review of the literature. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(4), 346–357. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000450>
- Oliver, D. J., Borasio, G. D., Caraceni, A., de Visser, M., Grisold, W., Lorenzl, S., Veronese, S., & Voltz, R. (2016). A consensus review on the development of palliative care for patients with chronic and progressive neurological disease. *European Journal of Neurology*, 23(1), 30–38.
- Pereira, A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. Editora da UFSM. https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.
- Risemberg, R. I. C., Wakin, M., & Shitsuka, R. (2026). A importância da metodologia científica no desenvolvimento de artigos científicos. *E-Acadêmica*, 7(1), e0171675. <https://eacademica.org/eacademica/article/view/675>.
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333–9. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>.
- Tramonte, M. S., Carvalho, A. C. P., Pucci, G. F., Pinheiro, M. S., Fornazari, A. E. V., Boas, G. D. L. V., Lange, M. C., Minicucci, M. F., Bazan, R., & Lopes, L. C. G. (2024). Palliative care and the self-fulfilling prophecy in stroke patients: Is there anything to fear? A retrospective study of patients who died during hospitalization in a quaternary care hospital. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 42(10), 981–988. <https://doi.org/10.1177/10499091241286059>