

Millenium, 2(Edição Especial Nº18)

---


pt

---

**MOTIVOS DA PESSOA EM FIM DE VIDA PARA RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA: ESTUDO QUANTITATIVO**  
**REASONS WHY PEOPLE AT THE END OF LIFE SEEK CARE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: A QUANTITATIVE STUDY**

**MOTIVOS POR LOS QUE LA PERSONA AL FINAL DE LA VIDA ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS: ESTUDIO CUANTITATIVO**

Sónia Rodrigues<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0009-0005-5907-0323>

Paula Sapeta<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-6667-2326>

Luís Rodrigues<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0009-0006-7044-5971>

<sup>1</sup> Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

<sup>2</sup> Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal

Sónia Rodrigues - soniaaclopes@gmail.com | Paula Sapeta - paulasapeta@ipcb.pt | Luís Rodrigues - luiscgrodrigues1806@gmail.com



---

**Autor Correspondente:**

*Sónia Rodrigues*

Rua Senhora Curie, Nº 28

6300-756 - Guarda - Portugal

soniaaclopes@gmail.com

RECEBIDO: 25 de março de 2025

REVISTO: 21 de junho de 2025

ACEITE: 10 de julho de 2025

PUBLICADO: 31 de julho de 2025

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0218e.41001>

## RESUMO

**Introdução:** O Serviço de Urgência (SU) é frequentemente procurado por pessoas em fim de vida, cujas necessidades paliativas colidem com a perspectiva curativa do SU. Equipas de Cuidados Paliativos (CP) especializadas podem reduzir a necessidade de recorrência ao SU, aliviando sintomas, evitando tratamentos invasivos e gerando benefícios económicos.

**Objetivo:** Identificar os motivos da pessoa em fim de vida para recorrer ao SU.

**Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e retrospectivo com 91 pessoas acompanhados pela equipa de CP da Unidade Local de Saúde (ULS), que recorreram ao SU e faleceram nos 30 dias seguintes entre 01/01/2021 e 31/12/2021. Análise documental retrospectiva com SPSS. Autorização da Comissão de Ética. Análise descritiva e testes não paramétricos.

**Resultados:** Predominam homens, casados/unidos de facto, reformados e vivendo com um familiar. Diagnóstico mais frequente: neoplasia avançada. Pessoas com índice 30-50 na Palliative Performance Scale recorrem mais ao SU, sendo a dispneia o sintoma mais frequente. A maioria não necessitou de intervenção curativa/suporte de vida. Pessoas com um dia de acompanhamento por CP recorreram mais ao SU, principalmente fora do horário de atendimento, recorrendo geralmente apenas uma vez. Significância estatística entre situação profissional, presença de sintomas e índice de capacidade funcional quando correlacionadas com número de recorrências ao SU.

**Conclusão:** Necessidade de reestruturar organizações de saúde para melhorar a qualidade de vida das pessoas em fim de vida, reduzindo a recorrência ao SU.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; paciente terminal; cuidados no final da vida; serviços médicos de emergência

## ABSTRACT

**Introduction:** The Emergency Department (ED) is frequently sought by people at the end of life, whose palliative needs often conflict with the curative focus of the ED. Specialized Palliative Care (PC) teams can reduce the need for ED visits by alleviating symptoms, avoiding invasive treatments, and generating economic benefits.

**Objective:** To identify the reasons why people at the end of life seek care in the ED.

**Methods:** Quantitative, descriptive-correlational, and retrospective study involving 91 individuals followed by the PC team of the Local Health Unit (LHU), who visited the ED and died within 30 days between 01/01/2021 and 12/31/2021. Retrospective document analysis using SPSS. Ethics Committee approval obtained. Descriptive analysis and non-parametric tests were performed.

**Results:** The majority were male, married/in a civil union, retired, and living with a family member. The most frequent diagnosis was advanced neoplasia. Individuals with a Palliative Performance Scale score of 30–50 visited the ED more often, with dyspnea being the most common symptom. Most did not require curative intervention or life support. Those with only one day of PC follow-up were more likely to visit the ED, especially outside regular hours, typically only once. Statistically significant associations were found between professional status, presence of symptoms, and functional capacity index when correlated with the number of ED visits.

**Conclusion:** There is a need to restructure healthcare organizations to improve the quality of life for people at the end of life and reduce ED utilization.

**Keywords:** Palliative Care; terminally ill patient; end-of-life care; emergency medical services

## RESUMEN

**Introducción:** El Servicio de Urgencias (SU) es frecuentemente solicitado por personas en fase terminal, cuyas necesidades paliativas entran en conflicto con el enfoque curativo del SU. Los equipos especializados en Cuidados Paliativos (CP) pueden reducir la necesidad de recurrir al SU, aliviando síntomas, evitando tratamientos invasivos y generando beneficios económicos.

**Objetivo:** Identificar los motivos por los cuales la persona en fase terminal recurre al SU.

**Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional y retrospectivo con 91 personas atendidas por el equipo de CP de la Unidad Local de Salud (ULS), que recurrieron al SU y fallecieron en los 30 días siguientes entre el 01/01/2021 y el 31/12/2021. Análisis documental retrospectivo con SPSS. Autorización del Comité de Ética. Se realizó análisis descriptivo y pruebas no paramétricas.

**Resultados:** Predominaron hombres, casados/unidos de hecho, jubilados y convivientes con un familiar. El diagnóstico más frecuente fue neoplasia avanzada. Las personas con un índice de 30–50 en la Palliative Performance Scale recurrieron más al SU, siendo la disnea el síntoma más común. La mayoría no requirió intervención curativa ni soporte vital. Aquellos con solo un día de seguimiento por CP recurrieron más al SU, especialmente fuera del horario habitual, y generalmente solo una vez. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la situación laboral, la presencia de síntomas y el índice de capacidad funcional en relación con el número de recurrencias al SU.

**Conclusión:** Es necesario reestructurar las organizaciones sanitarias para mejorar la calidad de vida de las personas en fase terminal y reducir la recurrencia al SU.

**Palabras clave:** Cuidados Paliativos; paciente terminal; cuidados al final de la vida; servicios médicos de urgencia

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0218e.41001>

## INTRODUÇÃO

O SU fundamenta-se numa perspetiva curativa, sendo a sua missão a prestação de cuidados de saúde a situações de urgência e emergências médicas, confronta-se, cada vez mais, com pessoas em fim de vida, principalmente por sintomas descontrolados, cuja abordagem paliativa necessária colide com o contexto “urgência”. Essa colisão de perspetivas pode resultar em cuidados desproporcionados, sofrimento acrescido e uso ineficiente de recursos. Kompanje (2010) defende que o SU não é para a pessoa em fim de vida um local de atendimento e de alívio do seu sofrimento.

A pessoa em fim de vida define-se por apresenta doença avançada, progressiva e incurável, em fase de declínio funcional irreversível e com expectativa de vida limitada, cujas necessidades prioritárias são paliativas, centradas no conforto, dignidade e qualidade de vida. Esta definição será utilizada de forma consistente ao longo do artigo, por refletir uma abordagem centrada na dignidade e na qualidade de vida.

As equipas especializadas em CP surgem como elemento fundamental na resposta adequada às necessidades da pessoa em fim de vida, pela abordagem eficaz e humanizada nesta fase da vida, podendo reduzir a afluência ao SU, evitar intervenções desnecessárias e promover benefícios económicos e organizacionais.

Neste contexto, este estudo pretende identificar os motivos da pessoa em fim de vida para recorrer ao SU, contribuindo para a reflexão sobre a necessidade de reestruturar organizações de saúde para melhorar a qualidade de vida destas pessoas, reduzindo a recorrência ao SU.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O SU, com base multidisciplinar, visa responder a situações clínicas graves e inesperadas, orientando-se por uma lógica curativa e resolutive (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Contudo, tem-se deparado com um aumento de pessoas em fim de vida, cujas necessidades paliativas colidem com este contexto de intervenção imediata. Segundo Martins, Agnes e Sapeta (2012) o recurso ao SU por parte das pessoas em fim de vida é frequente, principalmente por sintomas descontrolados, cuja abordagem paliativa necessária nesta fase colide com o contexto “urgência”. A corroborar, Pedreirinho et al. (2015) mencionam que a ida ao SU por parte da pessoa em fim de vida é frequente sobretudo quando estas têm os sintomas descontrolados.

Esta situação, da recorrência da pessoa em fim de vida ao SU é agravada pelas fragilidades identificadas na rede nacional de Cuidados Paliativos. Sapeta e Lopes (2007) apontam a insuficiência de equipas especializadas e a dificuldade dos hospitais em transitar de um modelo biomédico curativo para uma abordagem centrada na pessoa e na sua dignidade. Como consequência, muitas pessoas em fim de vida acabam por passar os seus últimos dias em instituições hospitalares ou serviços de urgência, mesmo quando não necessitam de intervenções invasivas ou suporte de vida intensivo.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2023 registaram-se 118 295 óbitos em Portugal. Embora os dados públicos não discriminem os óbitos ocorridos especificamente no SU, sabe-se que a maioria das mortes continua associada a doenças crónicas, progressivas e incuráveis, tal como evidenciado em relatórios anteriores do INE. Esta tendência reforça a importância de identificar os motivos da pessoa em fim de vida recorrer ao SU. Apesar da ausência de dados atualizados sobre episódios de urgência especificamente relacionados com a pessoa em fim de vida, estudos como o de Wiese, Graf e Hanekop (2009) estimam que cerca de 10% dos episódios no SU envolvem pessoas em fim de vida, o que evidencia a magnitude e complexidade deste fenómeno. Assim, a presente investigação assume particular pertinência ao procurar identificar os motivos que levam estas pessoas a recorrer ao SU, num contexto em que a afluência global aos serviços de urgência se mantém elevada.

A evidência demonstra que a intervenção precoce de equipas de CP pode reduzir o recurso do SU, ao promover controlo sintomático, evitar tratamentos desproporcionados e permitir planeamento adequado (Wiese et al., 2009). Fassbender et al. (2009) destacam ainda o potencial de racionalização dos recursos em saúde com respostas paliativas atempadas.

Neto (2010) identifica quatro pilares fundamentais para a prática dos Cuidados Paliativos: controlo eficaz dos sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa interdisciplinar. Estes pilares são centrais na estruturação de um acompanhamento capaz de responder de forma integrada às múltiplas dimensões da experiência de fim de vida, prevenindo episódios de crise e reduzindo a dependência do SU como resposta de última instância.

Barbosa et al. (2016) e Neto (2016) descrevem o fim de vida como um período de acentuado declínio físico e funcional, com sintomas como sonolência, confusão, perda de apetite, dificuldades na deglutição, alterações respiratórias e sofrimento psicológico. Esses sinais exigem cuidados focados no conforto e presença empática, cuja ausência pode levar à procura do SU como única resposta disponível.

Uma vivência digna do fim de vida fora do hospital depende do apoio ativo das equipas de CP, que devem capacitar a pessoa, cuidadores e família a enfrentar essa fase com tranquilidade e humanidade (Paiva, 2012). Este modelo de atuação pode, assim, não só reduzir a sobrecarga dos SU, como promover uma melhor qualidade em fim de vida.

## 2. MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e retrospectivo. Obteve-se aprovação ética da ULS, com autorizações do Conselho de Administração, Gabinete de Apoio ao Responsável de Acesso à Informação e coordenadores dos serviços envolvidos (SU e CP). Foram assinadas declarações de compromisso de anonimato e confidencialidade. Os dados foram analisados com o software IBM SPSS® versão 22.0, assegurando anonimização e armazenamento seguro.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0218e.41001>

## 2.1 Amostra

Amostra não probabilística por conveniência, composta por 91 pessoas em fim de vida acompanhadas pela equipa de CP da ULS, que recorreram ao SU e faleceram nos 30 dias seguintes (01/01/2021–31/12/2021). Critérios de inclusão: doença crónica, incurável e avançada; fim de vida (últimos 30 dias, avaliados retrospectivamente); acompanhamento pela equipa de CP da ULS; e pelo menos uma ida ao SU nos 30 dias anteriores ao óbito.

A identificação dos casos foi feita a partir da base de dados da equipa de CP da ULS, cruzando registos clínicos com episódios hospitalares de urgência e de óbito. A fase de fim de vida foi confirmada com base em critérios clínicos documentados e alinhados com orientações internacionais. A elegibilidade foi avaliada por revisão retrospectiva dos registos clínicos, considerando doença crónica irreversível, perda funcional significativa e/ou escalas como a *Palliative Performance Scale*. A validação foi assegurada por médicos e enfermeiros da equipa de CP, com experiência em avaliação prognóstica, garantindo consistência e rigor na seleção da amostra.

## 2.2 Instrumentos de recolha de dados

Análise documental retrospectiva dos processos clínicos, em formato informatizado e físico, incluindo dados de recorrência ao SU, consultas externas e Registo Eletrónico de Saúde.

Variáveis (Sócio Demográficas, Clínicas e outras) foram operacionalizadas em variáveis nominais, intervalares e de razão.

## 2.3 Análise Estatística

Para alcançar os objetivos delineados na investigação recorreu-se à análise descritiva através da utilização de frequências absolutas e relativas; às medidas de tendência central como as médias aritméticas e medianas; às medidas de dispersão e variabilidade como o desvio padrão. No teste de hipóteses foram utilizados testes não paramétricos, nomeadamente correlação de Spearman e Teste Mann-Whitney.

## 3. RESULTADOS

Os resultados sociodemográficos encontram-se explanados na Tabela 1 e correspondem à apreciação do sexo, idade, estado civil e situação profissional da amostra.

A amostra é constituída maioritariamente por pessoas do sexo masculino, com frequência de 53 (58,2%). Em relação ao sexo feminino, a frequência é de 38 (41,8%).

A amostra inclui 91 pessoas em fim de vida, com idades entre 47 e 97 anos. A média de idades é de 78,0 anos e a moda é 71 anos. O desvio padrão é de 12,2 anos.

A maioria das pessoas em fim de vida tem estado civil casado/união de facto, com uma frequência de 56 (61,5%). Do estado civil viúvo fazem parte 27 pessoas (29,7%), seguido do estado civil solteiro com 7 pessoas (7,7%). O estado civil menos representativo é o divorciado/separado, com 1 pessoa (1,1%).

Quanto à situação profissional, predomina o reformado com 76 pessoas (83,5%), seguido da baixa por doença com 15 pessoas (16,5%). As situações profissionais ativo e desempregado não correspondem a nenhuma pessoa da amostra.

No contexto familiar, 37 pessoas viviam com um familiar (40,7%), 26 (28,6%) viviam em lar ou residência assistida, 22 (24,2%) viviam com dois familiares, 4 (4,4%) viviam sós e 2 (2,2%) viviam com três ou mais familiares.

**Tabela 1 – Resultados sociodemográficos**

Variáveis sociodemográficas	Texto	M	%	N	T
Sexo	Feminino		41,8%	38	91
	Masculino		58,2%	53	
Idade		78			91
Estado civil	Casado/União de facto	56	61,5%		91
	Viúvo	27	29,7%		
	Solteiro	7	7,7%		
	Divorciado/Separado	1	1,1%		
	Reformado		83,5%	76	
Situação Profissional	Baixa por Doença		16,5%	15	91
	Ativo		0%	0	
	Desempregado		0%	0	
	Vivendo com um Familiar		40,7%	37	
Contexto familiar	Vivendo em Lar/Residência Assistida		28,6%	26	91
	Vivendo com Dois Familiares		24,2%	22	
	Vivendo só		4,4%	4	
	Vivendo com Três ou Mais Familiares		2,2%	2	

Nota. M = Média; % = Percentagem; n= Frequência; T= total.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0218e.41001>

O diagnóstico clínico (Tabela 2) mais frequente foi a neoplasia avançada, representando 79 pessoas (86,8%). Seguidamente, o diagnóstico mais prevalente é a demência, com 5 pessoas (5,5%). A insuficiência cardíaca crónica grave, a doença hepática crónica avançada e a doença respiratória crónica grave têm cada uma frequência de 2 pessoas (2,2%). A doença cerebrovascular/doença neuromuscular ou do movimento avançadas são representadas por 1 pessoa (1,1%).

**Tabela 2 – Resultados de Diagnóstico Clínico**

Variável Clínica	Texto	%	N	T
Diagnóstico	Neoplasia avançada	86,8%	79	91
	Demência	5,5%	5	
	Insuficiência cardíaca crónica grave	2,2%	2	
	Doença hepática crónica avançada	2,2%	2	
	Doença respiratória crónica grave	2,2%	2	
	Doença cerebrovascular/neuromuscular avançada	1,1%	1	

Nota. % = Percentagem; n= Frequência; T= Total.

Os resultados Clínicos encontram-se explanados na Tabela 3 e correspondem à apreciação do Índice de capacidade funcional, presença de sintomas e necessidade de intervenção curativa ou suporte de vida da amostra.

Relativamente ao Índice de capacidade funcional da amostra, as pessoas em fim de vida com uma capacidade funcional de 30-50 foram o grupo mais representativo da recorrência ao SU, em todas as ocorrências contempladas neste estudo. Assim, na 1ª recorrência ao SU, 52 elementos da amostra tinham uma capacidade funcional, avaliada pelo PPS de 30-50, que corresponde a 57,1%, na 2ª recorrência foi constatada uma frequência de 15 (51,7%) e na 3ª ou mais recorrências ao SU uma frequência de 5 (100%).

O índice de capacidade funcional 0-20 da pessoa em fim de vida, avaliado pelo PPS, foi representado na 1ª e 2ª recorrência ao SU, sendo que na 1ª recorrência surgiu com a frequência de 27 (29,7%) e na 2ª recorrência com frequência 9 (31,0%). Este índice de capacidade funcional não ocorreu nesta amostra na 3ª ou mais recorrências ao SU. O índice de capacidade funcional 60-80 da pessoa em fim de vida, avaliado pelo PPS, foi representado na 1ª recorrência ao SU com frequência de 9 (9,9%) e na 2ª recorrência com frequência 5 (5,5%). Este índice de capacidade funcional não ocorreu nesta amostra na 3ª ou mais recorrências ao SU. O índice de capacidade funcional 80-100 da pessoa em fim de vida, avaliado pelo PPS correspondeu a 3 elementos da amostra que recorreram ao SU numa 1ª recorrência (3,3%). Nas restantes recorrências ao SU, não se verificou este índice de capacidade funcional.

A presença de sintomas verificou-se nas recorrências de todas as pessoas em fim de vida ao SU nos últimos 30 dias de vida e que foram acompanhadas pela equipa de CP da ULS no ano de 2021 (Gráfico 1).

O sintoma dispneia surge na 1ª recorrência ao SU com uma frequência de 31 (34,1%) e na 2ª recorrência com frequência de 14 (48,3%). Na 3ª ou mais recorrências ao SU este sintoma não surgiu em nenhum elemento da amostra. Este foi o sintoma com maior frequência na 1ª e 2ª recorrência ao SU.

O sintoma dor surge na 1ª recorrência ao SU com uma frequência de 17 (18,7%), na 2ª recorrência com frequência de 4 (13,8%) e na 3ª ou mais recorrências com frequência de 3 (60%). Este foi o sintoma mais frequente na 3ª ou mais recorrências ao SU.

O delirium hipoativo e hiperativo está representado na amostra, na 1ª recorrência ao SU, com uma frequência de 11 elementos (12,1%) e na 2ª recorrência ao SU, com frequência de 4 elementos (13,8%)

A incompetência funcional, por queda surge na 1ª e 2ª recorrência da pessoa em fim de vida ao SU. Na 1ª recorrência ao SU este sintoma tem uma frequência de 7 (7,7%), na 2ª recorrência ao SU tem uma frequência de 1 (3,4%).

As náuseas e vômitos foram sintomas presentes na 1ª recorrência ao SU, tendo uma frequência de 6 (6,6%).

A associação de sintomas, tais como dor e dispneia surgiram na amostra com uma frequência de 5 (5,5%) numa 1ª recorrência ao SU e com frequência 1 (3,4%) numa 2ª recorrência ao SU.

A anorexia/caquexia revelou ser um sintoma que surgiu em todas as recorrências da pessoa em fim de vida ao SU. Assim, numa 1ª recorrência teve uma frequência de 4 (4,4%), numa 2ª recorrência teve uma frequência de 2 (6,9%) e numa 3ª ou mais recorrências teve uma frequência de 2 (40,0%).

A hemorragia, foi outro sintoma presente na recorrência da pessoa em fim de vida ao SU, surgindo com uma frequência de 3 (3,3%) na 1ª recorrência e com frequência de 2 (6,9%) na segunda recorrência.

A associação de sintomas, tais como dispneia e delirium surgiram na amostra com uma frequência de 3 (3,3%) numa 1ª recorrência ao SU. Outros sintomas que surgiram numa 1ª recorrência e que não voltaram a surgir em outras recorrências foram a febre com uma frequência de 2 (2,2%) e a sudorese com uma frequência de 1 (1,1%). Com uma frequência de 1 e a surgir numa 1ª e 2ª recorrência ao SU, surgiram a

associação de sintomas Dor e anorexia/caquexia e dor e delirium, correspondendo a uma percentagem de 1,1% numa 1ª recorrência e 3,4% na 2ª recorrência.

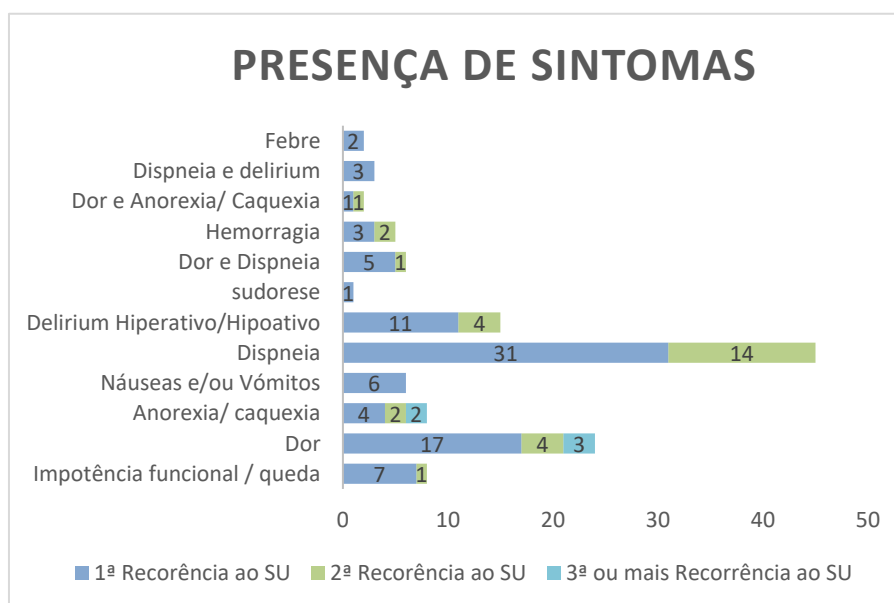
DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0218e.41001>

Das pessoas em fim de vida que recorreram ao SU nos últimos 30 dias de vida e que foram acompanhadas pela equipa de CP da ULS no ano de 2021, 78 (85,7%) não tiveram necessidade de intervenção curativa ou suporte de vida e 13 (14,3%) tiveram essa necessidade, numa 1ª recorrência ao SU. Na 2ª recorrência das pessoas em fim de vida ao SU, 26 (89,7%) das pessoas não apresentaram necessidade de intervenção curativa ou suporte de vida, tendo apenas 3 pessoas (10,3%) necessitado desta intervenção. Na 3ª ou mais recorrências ao SU, 4 (80,0%) das pessoas em fim de vida não necessitaram de intervenção curativa ou suporte de vida, tendo 1 (20%) das pessoas essa necessidade.

**Tabela 3 - Resultados Clínicos**

Variáveis Clínicas	Texto	% 1ª recorrência	N 1ª recorrência	% 2ª recorrência	N 2ª recorrência	% 3ª ou mais recorrências	N 3ª ou mais recorrências
Índice de Capacidade Funcional (PPS)	80-100	3,3%	3				
	60-80	9,9%	9	5,5%	5		
	30-50	57,1%	52	51,7%	15	100%	5
	0-20	29,7%	27	31,0%	9		
Presença de Sintomas	Dispneia	34,1%	31	48,3%	14		
	Dor	18,7%	17	13,8%	4	60%	3
	Delirium hipoativo e hiperativo	12,1%	11	13,8%	4		
	Incompetência funcional (por queda)	7,7%	7	3,4%	1		
	Náuseas e vômitos	6,6%	6				
	Dor e dispneia	5,5%	5	3,4%	1		
	Anorexia/caquexia	4,4%	4	6,9%	2	40%	2
	Hemorragia	3,3%	3	6,9%	2		
	Dispneia e delirium	3,3%	3				
	Febre	2,2%	2				
	Sudorese	1,1%	1				
	Dor e anorexia/caquexia	1,1%	1	3,4%	1		
	Dor e delirium	1,1%	1	3,4%	1		
	Sem Necessidade	85,7%	78	89,7%	26	80,0%	4
	Com Necessidade	14,3 %	13	10,3%	3	20%	1

Nota. % = Percentagem; n= Frequência.



**Gráfico 1 - Distribuição da amostra relativamente à Presença de sintomas**



DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0218e.41001>

Os resultados de outras variáveis encontram-se na Tabela 4 e correspondem à apreciação do tempo decorrido desde o início do acompanhamento da equipa de CP até ao último episódio de urgência, horário de recorrência ao SU e número de recorrências ao SU.

A amostra é constituída por 91 Pessoas em fim de vida, cujo tempo decorrido desde o início do acompanhamento da equipa de CP até ao último episódio de urgência varia entre 1 e 873 dias. A média é de 30 dias, o desvio padrão é de 131,6 e a moda é 1 dia. Todas as recorrências ao SU ocorreram fora do horário de atendimento dos CP. A 1ª recorrência ao SU nos últimos 30 dias de vida ocorreu com uma frequência de 63 (69,2%) fora do horário de atendimento dos CP e 28 (30,8%) em horário de atendimento. A 2ª recorrência ocorreu com uma frequência de 21 (72,4%) fora do horário de atendimento dos CP e 8 (27,6%) em horário de atendimento. Na 3ª ou mais recorrências, 3 (60,0%) ocorreram fora do horário de atendimento dos CP e 2 (40,0%) em horário de atendimento.

O número de recorrências ao SU varia de uma a três ou mais. Da amostra, 62 Pessoas recorreram uma vez ao SU (68,1%), 24 Pessoas recorreram duas vezes (26,4%) e 5 Pessoas recorreram três vezes ou mais (5,5%).

**Tabela 4 – Resultados Outras variáveis**

Outras variáveis	Texto	M	MO	%	N	T
Tempo decorrido desde o início do acompanhamento da equipa de CP até ao último episódio de urgência	.	30	1	86,8%	79	91
Horário de Recorrência ao SU - 1ª recorrência	fora do horário CP em horário CP			69,2% 30,8%	63 28	91
Horário de Recorrência ao SU - 2ª recorrência	fora do horário CP em horário CP			72,4% 27,6%	21 8	29
Horário de Recorrência ao SU - 3ª ou mais recorrência	fora do horário CP em horário CP			60,0% 40,0%	3 2	5
Número de Recorrências ao SU	1 recorrência 2 recorrências 3 ou mais recorrências			68,1% 26,4% 5,5%	62 24 5	91

Nota. M = Média; MO= Moda; % = Percentagem; n= Frequência; T= total.

Para este estudo foram elaboradas onze hipóteses. Da análise de hipóteses destacam-se os seguintes resultados (Tabela 5).

Na Hipótese 1 (Existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de recorrências da Pessoa em fim de vida ao SU e o seu sexo), verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre o número de recorrências ao SU e o sexo das pessoas ( $p>0,05$ ). Apesar disso, as pessoas do sexo masculino apresentam, em média, índices de recorrência mais elevados ao SU. Da análise da Hipótese 2 (Existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de recorrências da pessoa em fim de vida ao SU e a sua idade), verifica-se que existe uma correlação negativa fraca e não significativa entre o número de recorrências ao SU e a idade das pessoas ( $p>0,05$ ). Em virtude de a correlação ser negativa, quando a idade da pessoa em média diminui o número de recorrências ao SU aumenta.

Sobre a Hipótese 3 (Existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de recorrências da pessoa em fim de vida ao SU e o seu estado civil), verifica-se que há uma correlação negativa, fraca e não significativa entre o estado civil da Pessoa em fim de vida e o número de recorrências ao SU ( $p>0,05$ ).

Relativamente à Hipótese 4 (Há correlação estatisticamente significativa entre o número de recorrências da Pessoa em fim de vida ao SU e a sua situação profissional), verifica-se uma correlação positiva fraca, mas significativa entre a situação profissional das pessoas e o número de recorrências ao SU ( $p<0,05$ ). A hipótese é aceite.

Sobre a Hipótese 5 (Há correlação estatisticamente significativa entre o número de recorrências da Pessoa em fim de vida ao SU e o seu contexto familiar), verifica-se que não há correlação significativa entre o contexto familiar das pessoas e o número de recorrências ao SU ( $p>0,05$ ). Em virtude de a correlação ser negativa, quando o agregado familiar em média diminui o número de recorrências da Pessoa em fim de vida ao SU aumenta.

Na Hipótese 6 (Existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de recorrências da Pessoa em fim de vida ao SU e o diagnóstico clínico), verifica-se que não há correlação significativa entre o diagnóstico clínico da Pessoa em fim de vida e o número de recorrências ao SU ( $p>0,05$ ).

Refletindo na Hipótese 7 (Há correlação estatisticamente significativa entre o número de recorrências da Pessoa em fim de vida ao SU e o Índice de Capacidade Funcional), verifica-se que existe uma correlação negativa fraca, mas significativa, entre o Índice de Capacidade Funcional avaliado pelo PPS na primeira recorrência ao SU e o número de recorrências ao SU ( $p<0,05$ ). Em virtude

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0218e.41001>

de a correlação ser negativa, quando o índice de capacidade funcional avaliado pelo PPS em média diminui, o número de recorrências ao SU aumenta. A hipótese é aceite.

Na Hipótese 8 (Há correlação estatisticamente significativa entre o número de recorrências da Pessoa em fim de vida ao SU e a presença de sintomas), verifica-se que há uma correlação negativa fraca, mas significativa, entre a presença de sintomas na primeira recorrência ao SU e o número de recorrências ao SU ( $p < 0,05$ ). A hipótese é aceite.

Relativamente à Hipótese 9 (Há correlação estatisticamente significativa entre o número de recorrências da Pessoa em fim de vida ao SU e a necessidade de intervenção curativa ou suporte de vida), verifica-se que não há correlação significativa entre a necessidade de intervenção curativa ou suporte de vida na primeira recorrência ao SU e o número de recorrências ao SU ( $p > 0,05$ ).

Relativamente à Hipótese 10 (Há correlação estatisticamente significativa entre o número de recorrências da Pessoa em fim de vida ao SU e o Tempo decorrido desde o início do acompanhamento da equipa de CP), verifica-se que não há correlação significativa entre o tempo decorrido desde o início do acompanhamento pela equipa de CP até a última recorrência ao SU e o número de recorrências ao SU ( $p > 0,05$ ). Em virtude de a correlação ser negativa, apesar de fraca, as pessoas com menor tempo de acompanhamento pela equipa de CP têm um maior número de recorrências ao SU.

Na Hipótese 11 (Há correlação estatisticamente significativa entre o número de recorrências da Pessoa em fim de vida ao SU e o horário de funcionamento do serviço de CP da ULS), verifica-se que não há correlação significativa entre o número de recorrências ao SU e o horário de funcionamento do serviço de CP da ULS ( $p > 0,05$ ). Apesar de médias de rank superiores fora do horário do serviço de CP na primeira e segunda recorrência ao SU, a hipótese não é aceite.

**Tabela 5 – Resultados Hipóteses**

Hipótese	Texto	P	RS
Hipótese 1 - Diferenças entre o número de recorrências ao SU e o sexo	Rejeitada ( $p > 0,05$ ). Diferença não significativa, mas homens têm maior recorrência média ao SU.	,442	
Hipótese 2 - Diferenças entre o número de recorrências ao SU e a idade	Rejeitada ( $p > 0,05$ ). Correlação negativa fraca e não significativa. Idade diminui, recorrências aumentam.	,096	-,176
Hipótese 3 - Diferenças entre o número de recorrências ao SU e o estado civil	Rejeitada ( $p > 0,05$ ). Correlação negativa fraca e não significativa	,420	
Hipótese 4 - Correlação entre o número de recorrências ao SU e a situação profissional	Aceite ( $p < 0,05$ ). Correlação positiva fraca, mas significativa	,015	
Hipótese 5 - Correlação entre o número de recorrências ao SU e o contexto familiar	Rejeitada ( $p > 0,05$ ). Correlação negativa fraca e não significativa. Contexto familiar diminui, recorrências aumentam.	,169	-,145
Hipótese 6 - Diferenças entre o número de recorrências ao SU e o diagnóstico clínico	Rejeitada ( $p > 0,05$ ). Correlação negativa fraca e não significativa	,268	
Hipótese 7 - Correlação entre o número de recorrências ao SU e o Índice de Capacidade Funcional	Aceite ( $p < 0,05$ ) na primeira recorrência. Correlação negativa fraca e significativa.	,006	-,286
Hipótese 8 - Correlação entre o número de recorrências ao SU e a presença de sintomas	Aceite ( $p < 0,05$ ) na primeira recorrência. Correlação negativa fraca e significativa.	,008	-,275
Hipótese 9 - Correlação entre o número de recorrências ao SU e a necessidade de intervenção curativa ou suporte de vida	Rejeitada ( $p > 0,05$ ). Diferença nas médias de Rank, mas sem significado estatístico	,531	
Hipótese 10 - Correlação entre o número de recorrências ao SU e o Tempo Decorrido desde acompanhamento pelos CP	Rejeitada ( $p > 0,05$ ). Correlação negativa fraca e não significativa.	,407	-,088
Hipótese 11 - Correlação entre o número de recorrências ao SU e o horário de funcionamento do serviço de CP	Rejeitada ( $p > 0,05$ ). Médias de rank superiores fora do horário do serviço de CP, mas sem significado estatístico.	,423	

Nota. p = Probabilidade de significância rs = Correlação de Spearman.

#### 4. DISCUSSÃO

O estudo demonstrou que as pessoas com doença crónica, incurável e avançada, em fim de vida, não são exclusivamente idosas, variando a idade entre os 47 e os 97 anos, predominando o sexo masculino. Os dados obtidos estão em concordância com um estudo comparativo dos cuidados prestados a pessoas em fim de vida, num Serviço de Medicina Interna e numa Unidade de CP em Portugal (Carneiro et al, 2011).

Relativamente às variáveis idade, sexo, estado civil, quando correlacionadas com o número de recorrências ao SU, não existiram diferenças estatisticamente significativas, ao contrário do que defende, McCusker et al. (2003), que com base nos estudos que analisou, refere as variáveis sociodemográficas (idade avançada, sexo e estado civil) como fatores preditores de ida aos SU.

Quanto à situação profissional, 83,5% das pessoas em fim de vida estavam reformadas, seguidos por 16,5% de baixa por doença. Houve uma correlação estatisticamente significativa entre o número de recorrências ao SU e a situação profissional ( $p < 0,05$ ), o que está de



DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0218e.41001>

acordo com o defendido por McCusker et al. (2003), que defende as variáveis sociodemográficas como um fator preditor de ida das pessoas em fim de vida ao SU. Assim, a situação profissional é considerada um motivo que leva a pessoa em fim de vida ao SU.

Relativamente ao contexto familiar, 40,7% das pessoas viviam com um familiar, 28,6% em lar ou residência assistida, e as restantes viviam sós ou com dois ou mais familiares. Não houve correlação significativa entre o número de recorrências ao SU e o contexto familiar, ao contrário do que defende Barbosa (2010), que refere que as pessoas em fim de vida procuram o SU pela falta de apoio/recursos na comunidade, incapacidade e exaustão dos cuidadores para darem respostas apropriadas aos problemas manifestados pela pessoa, desejo da pessoa/família, entre outras razões.

O diagnóstico clínico mais frequente foi a neoplasia avançada (86,8%), seguido pela demência (5,5%), insuficiência cardíaca crónica grave, doença hepática crónica avançada e doença respiratória crónica grave (2,2% cada). Outros diagnósticos, como doença cerebrovascular ou neuromuscular, representaram 1,1%. Em Portugal, 60% da mortalidade deve-se a doenças crónicas evolutivas (PNCP-DGS, 2010). Os dados estão de acordo com Forero et al. (2012), que afirma que pessoas em fim de vida que acorrem aos SU apresentam diferentes patologias, particularmente doença oncológica, doenças respiratórias terminais, insuficiência cardíaca, demência avançada, entre outros.

Não houve correlação significativa entre o número de recorrências ao SU e o diagnóstico clínico, rejeitando-se o diagnóstico como motivo para a ida ao SU. Barbosa (2010) refere que pessoas em fim de vida procuram o SU pelo agravamento do estado clínico e sintomas mal controlados, não pelo diagnóstico em si, o que está de acordo com este estudo.

O índice de capacidade funcional das pessoas em fim de vida mais representativo em todas as recorrências ao SU situou-se entre 30 e 50 (1ª recorrência com 57,1%, 2ª recorrência com 51,7% e 3ª ou mais recorrências com 100%). Isso indica que as pessoas se encontravam entre ser incapazes para qualquer trabalho, com doença extensa, necessitando de ajuda parcial a totalmente acamadas. A ingestão oral era normal ou reduzida e o nível de consciência era total, com possibilidade de sonolência e confusão. Houve uma correlação significativa na primeira recorrência ao SU ( $p < 0,05$ ), em concordância com McCusker et al. (2003), que considera as limitações funcionais como fatores preditores de ida aos SU. Portanto, o índice de capacidade funcional, ao refletir o grau de limitação física e dependência, constitui um importante indicador clínico associado à maior probabilidade de recorrência ao SU em pessoas em fim de vida.

Quanto à presença de sintomas, algumas pessoas apresentaram mais de um sintoma, conforme defendido por Pacheco (2002), que menciona que a pessoa em fim de vida pode apresentar múltiplos, recorrentes, intensos e prolongados sintomas e que o sofrimento pode ser aliviado se devidamente avaliados e controlados.

Os sintomas descontrolados mais frequentes numa primeira recorrência ao SU foram: dispneia (34,1%), dor (18,7%), delirium hipoativo e hiperativo (12,1%), incompetência funcional por queda (7,7%), náuseas e vômitos (6,6%), anorexia/caquexia (4,4%), hemorragia (3,3%), febre (2,2%) e sudorese (1,1%). Associações de sintomas incluíram dor e dispneia (5,5%), dispneia e delirium (3,3%), dor e anorexia/caquexia (1,1%) e dor e delirium (1,1%).

De acordo com Veiga et al. (2009), dor e dispneia são os principais problemas apresentados pelas pessoas, o que está de acordo com este estudo. Houve correlação significativa entre o número de recorrências ao SU e a presença de sintomas na primeira recorrência ( $p < 0,05$ ), conforme Barbosa (2010) e Martins, Agnes e Sapeta (2012), que mencionam que pessoas em fim de vida procuram o SU por sintomas mal controlados. Assim, a presença de sintomas é um dos motivos que leva a pessoa em fim de vida ao SU.

Relativamente à necessidade de intervenção curativa ou suporte de vida, 85,7% das pessoas em fim de vida não tiveram essa necessidade, enquanto 14,3% tiveram, numa 1ª recorrência ao SU. Sapeta e Lopes (2007) referem que nem todas as pessoas que procuram o SU precisam de abordagem curativa ou suporte de vida, pois muitas apresentam doença crónica terminal.

Não houve correlação significativa entre o número de recorrências ao SU e a necessidade de intervenção curativa ou suporte de vida ( $p > 0,05$ ). Portanto, essa necessidade não é um dos motivos que leva a pessoa em fim de vida ao SU.

O tempo decorrido desde o início do acompanhamento pela equipa de CP até a última recorrência ao SU variou entre 1 e 873 dias, com moda de 1 dia. Das 91 pessoas, 25 tiveram acompanhamento inferior a 15 dias. Estes dados indicam referenciação tardia, conforme Wentlandt et al. (2012), que menciona que são as pessoas com menor tempo estimado de vida que têm maior probabilidade de serem referenciados para os CP, sendo que a maioria das pessoas só acede nos últimos 30-60 dias de vida aos CP, e muitas destas apenas nos últimos dias de vida. O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP (2017/2018) destaca que CP precoce traz benefícios, diminuindo o recurso ao SU.

Não houve correlação significativa entre o número de recorrências ao SU e o tempo de acompanhamento pela equipa de CP, contrariando Wiese et al. (2009), que afirma que CP especializado pode reduzir a necessidade de recorrência ao SU. Apesar de não ser estatisticamente significativo, houve uma correlação negativa fraca, indicando que pessoas com menor tempo de acompanhamento têm mais recorrências ao SU. Higginson et al. (2013), defendem que os apoios de equipas qualificadas de CP conduzem a uma menor incidência de recurso a urgências e internamentos.

A 1ª recorrência ao SU nos últimos 30 dias de vida das pessoas ocorreu fora do horário de atendimento dos CP (69,2%) e em horário de atendimento dos CP (30,8%). Todas as recorrências da pessoa em fim de vida ao SU contempladas neste estudo tiveram como moda, o horário de recorrência ao SU fora de atendimento dos CP, o que vai ao encontro do defendido por Barbosa (2010), que menciona que pessoas em fim de vida poderiam permanecer em casa com apoio multidisciplinar 24 horas, sendo comum o desejo de permanecer e morrer em casa.

Não houve correlação significativa entre o número de recorrências ao SU e o horário de funcionamento do serviço de CP da ULS ( $p > 0,05$ ).

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0218e.41001>

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar perfis e padrões de recorrência ao SU por pessoas em fim de vida acompanhados pela equipa de CP da ULS.

As pessoas em fim de vida, seguidos pela equipa de CP da ULS e que recorrem ao SU nos últimos trinta dias de vida, não são exclusivamente idosos, predominando o sexo masculino. A maioria são casados/vivem em união de facto, são reformados, e vivem maioritariamente com um familiar. O diagnóstico clínico mais frequente foi a neoplasia avançada e verificou-se que as pessoas em fim de vida com um índice de capacidade funcional de 30-50, avaliado pela PPS, foram o grupo mais representativo da recorrência ao SU, em todas as ocorrências contempladas neste estudo (primeira, segunda, terceira ou mais). A presença de sintomas verificou-se nas recorrências de todas as pessoas em

fim de vida, sendo a dispneia o sintoma mais frequente na 1ª e 2ª recorrência ao SU e a dor, o sintoma mais frequente na 3ª ou mais recorrência ao SU. A maioria das pessoas que recorreu ao SU não teve necessidade de intervenção curativa ou suporte de vida e o tempo decorrido desde o início do acompanhamento da equipa de CP até último episódio de urgência teve uma média de 30 dias, recorrendo a maior parte das pessoas com um dia de acompanhamento. O horário de recorrência da pessoa em fim de vida ao SU ocorreu maioritariamente fora de atendimento dos CP e o número de recorrências ao SU com maior frequência foi uma vez.

Da análise do teste de hipóteses conclui-se que, quando a idade da pessoa em média diminui, o número de recorrências ao SU aumenta, bem como quando o agregado familiar em média diminui, o número de recorrências da pessoa em fim de vida ao SU aumenta.

Também se conclui que, quando o índice de capacidade funcional avaliado pelo PPS em média é menor, o número de recorrências ao SU aumenta, e, quanto menor o tempo decorrido desde o início do acompanhamento pela equipa de cuidados paliativos até ao último episódio de urgência, maior é o número de recorrências ao SU. Ainda através da análise de hipóteses pode-se identificar significado estatístico entre a situação profissional, a presença de sintomas e o índice de capacidade funcional, avaliado pela PPS quando correlacionadas com o número de recorrências ao SU. Estes dados evidenciam a necessidade de reestruturar os modelos assistenciais, promovendo respostas mais eficazes e centradas na pessoa, nomeadamente através de novos modelos de cuidados e recursos para dar resposta efetivas, com mais qualidade às pessoas em fim de vida, para que estas possam vivenciar o fim de vida sem recorrer ao SU.

Este estudo apresenta algumas limitações que importa reconhecer. A natureza retrospectiva da análise poderá ter condicionado a disponibilidade e exatidão dos dados clínicos, influenciando a interpretação dos resultados. Acresce que a ausência de avaliação da gravidade dos sintomas limita a compreensão da real necessidade de recurso ao SU por parte das pessoas em fim de vida. A investigação foi igualmente circunscrita a uma única ULS, o que poderá comprometer a generalização dos resultados para outras realidades organizacionais ou populacionais.

Apesar destas limitações, os achados do presente estudo oferecem contributos relevantes para a prática clínica e para o desenvolvimento futuro de investigação nesta área. Destaca-se a necessidade de reforçar o acompanhamento precoce por equipas de CP, promovendo intervenções mais atempadas e ajustadas à condição clínica das pessoas. Adicionalmente, importa melhorar a articulação entre os serviços de CP e o SU, de forma a garantir respostas mais integradas e adequadas às necessidades das pessoas em fim de vida. Recomenda-se também a realização de estudos prospetivos, com metodologias mais robustas, que permitam aferir a intensidade dos sintomas e explorar o impacto do cuidador informal enquanto fator de influência na decisão de recorrer ao SU.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que, ao longo do meu percurso pessoal e profissional, me apoiaram, inspiraram e ajudaram a crescer. Mesmo nos momentos mais desafiantes, encontrei orientação, incentivo e força para continuar. A todos os que fazem parte deste caminho, o meu sincero obrigado.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização, S.R., P.S. e L.R.; tratamento de dados, S.R., P.S. e L.R.; análise formal, S.R., P.S. e L.R.; aquisição de financiamento, S.R., P.S. e L.R.; investigação, S.R., P.S. e L.R.; metodologia, S.R., P.S. e L.R.; administração do projeto, S.R., P.S. e L.R.; recursos, S.R., P.S. e L.R.; supervisão, S.R., P.S. e L.R.; validação, S.R., P.S. e L.R.; visualização S.R., P.S. e L.R.; redação – preparação do rascunho original, S.R., P.S. e L.R.; redação – revisão e edição S.R., P.S. e L.R.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0218e.41001>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, A. (2010). *Sofrimento*. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed.). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., & Neto, I. (2016). *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed.). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. <https://abrir.link/QYtvQ>
- Carneiro, R., Barbedo, I., Costa, I., Reis, E., Rocha, N., & Gonçalves, E. (2011). Estudo comparativo dos cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida num serviço de medicina interna e numa unidade de cuidados paliativos. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 545–554. <https://www.actamedicaportuguesa.com/>
- Fassbender, K., Fainsinger, L., Carson, M., & Finegan, A. (2009). Cost trajectories at the end of life: The Canadian experience. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(1), 75–80. [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924%2809%2900502-8/fulltext?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924%2809%2900502-8/fulltext?utm_source=chatgpt.com)
- Forero, R., McDonnell, G., Gallego, B., McCarthy, S., Mohsin, M., Shanley, C., Formby, F., & Hillman, K. (2012). A literature review on care at the end-of-life in the emergency department. *Emergency Medicine International*, 2–11. <https://doi.org/10.1155/2012/486516>
- Higginson, I. J., Sarmiento, V. P., Calanzani, N., Benalia, H., & Gomes, B. (2013). Dying at home—Is it better? A narrative appraisal of the state of the science. *Palliative Medicine*, 27, 918–924. <https://doi.org/10.1177/0269216313487940>
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Estatística da saúde*. INE. <https://www.ine.pt/>
- Kompanje, E. (2010). The worst is yet to come. Many elderly patients with chronic terminal illnesses will eventually die in the emergency department. *Intensive Care Medicine*, 36, 732–734. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-010-1803-y>
- Martins, A., Agnes, P., & Sapeta, P. (2012). *Fim de vida no SU: Dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados*. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <https://core.ac.uk/download/pdf/302935785.pdf>
- McCusker, J., Karp, I., Cardin, S., Durand, P., & Morin, J. (2003). Determinants of Emergency Department Visits by Older Adults: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*, 10(12), 1362–1370. [https://doi.org/10.1197/S1069-6563\(03\)00539-6](https://doi.org/10.1197/S1069-6563(03)00539-6)
- Neto, I. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (pp. 1–42). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. <https://abrir.link/QYtvQ>
- Neto, I. (2016a). Cuidados na agonia. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed., pp. 317–330). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. <https://abrir.link/QYtvQ>
- Neto, I. (2016b). Modelos de controlo sintomático. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed., pp. 43–48). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. <https://abrir.link/QYtvQ>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação – Posto de trabalho nos serviços de urgência/emergência*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-nº-14\\_2018\\_rectificado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-nº-14_2018_rectificado.pdf)
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética*. Lusociência.
- Pedreirinho, A., Godinho, H., Correia, P., Fonseca, A., Crilo, C., Rosa, L., & Santos, S. (2015). Cuidados ao doente em fim de vida no serviço de urgência – uma necessidade em evolução. *Onco.News*, (30), 16–23. <https://onco.news/index.php/journal/article/view/124>
- Sapeta, P., & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: Factores que interferem no processo de interação enfermeiro-doente. *Revista Referência*, II (4), 35–60. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239951003.pdf>
- Veiga, A., Barros, C., Couto, P., & Vieira, P. (2009). Pessoa em fase final de vida: Que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? *Revista Referência*, II (10), 47–56. <https://abrir.link/XKGLk>
- Wentlandt, K., Krzyzanowska, M., Swami, N., Rodin, G., Le, L., & Zimmermann, C. (2012). Referral practices of oncologists to specialized palliative care. *Journal of Clinical Oncology*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23109708>
- Wiese, R., Graf, M., & Hanekop, G. (2009). Palliative care and emergency medicine: How can they work together? *European Journal of Palliative Care*, 16(5), 245–248. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0616-4>