

O DOENTE TERMINAL EM FASE AGÓNICA

Data de submissão: 08/02/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Carlos Pires Magalhães

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-0170-8062>

Maria Isabel Monteiro Pinto

Enfermeira, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-8495-6744>

João Ricardo Miranda da Cruz

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-4316-481X>

RESUMO: Atualmente, deparamo-nos com doentes de idade mais avançada, com patologias crónicas, contribuindo para um incremento de situações de doença terminal, com necessidades paliativas. Os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos doentes, bem como das suas famílias/cuidadores. Muitos destes doentes são internados em serviços de medicina interna. Na literatura científica a fase agónica corresponde ao período que precede a morte, correspondendo aos últimos dias/horas de vida, cujo

agravamento gradual se manifesta por sinais e sintomas que variam de doente para doente, sendo que alguns estudos apontam como os mais frequentes: a dispneia, a dor, as secreções respiratórias/estertor e a confusão. A sua avaliação é relevante para a instituição de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Na década de noventa, no Reino Unido desenvolveu-se uma ferramenta multiprofissional direcionada para o atendimento a pacientes moribundos, denominada de Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP). Em 2013, uma comissão independente recomendou a sua substituição, por um “Plano de Cuidados em Fim de Vida”, amparado por orientações de boas práticas específicas a cada condição. Visando caracterizar os cuidados prestados ao doente terminal, nos últimos dias de vida, em internamento hospitalar, alguns estudos recorreram a um formulário construído com base no LCP, sendo evidenciado as dificuldades das equipas de saúde em adequar os cuidados. Integrados numa equipa multidisciplinar, as intervenções não farmacológicas desenvolvidas pelos enfermeiros são de extrema importância, sendo que, atendendo à condição específica de cada doente, estas devem ser apropriadas, em prol da promoção do

conforto e da sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Doente terminal, Enfermeiros, Cuidados paliativos, Morte.

THE TERMINALLY ILL PATIENT IN AGONY

ABSTRACT: Currently, we are faced with older patients with chronic pathologies, contributing to an increase in situations of terminal illness, with palliative care needs. Palliative care aims to improve the quality of life of patients, as well as their families/caregivers. Many of these patients are admitted to internal medicine wards. In scientific literature, the agonic phase corresponds to the period preceding death, in line with the last days/hours of life, whose gradual worsening is manifested by signs and symptoms that vary from patient to patient, some studies pointing to the most frequent being dyspnea, pain, respiratory secretions/death rattle and confusion. Its evaluation is relevant for the establishment of pharmacological and non-pharmacological measures. In the nineties, in the United Kingdom, a multiprofessional tool was developed for the care of dying patients, called the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP). In 2013, an independent commission recommended its replacement with an “End-of-Life Care Plan”, supported by specific good practice guidelines for each condition. To characterize the care provided to the terminal patient, in the last days of life, in hospitalization, some studies used a form constructed based on the LCP, and the difficulties of health teams in adapting care were evidenced. Integrated in a multidisciplinary team, non-pharmacological interventions developed by nurses are extremely important, and given the specific condition of each patient, they should be appropriate, in favor of promoting comfort and quality of life.

KEYWORDS: Terminally ill, Nurses, Palliative care, Death and Compliance.

1 | INTRODUÇÃO

A OMS (2021) calcula que a nível mundial, apenas um décimo das pessoas que necessitam de Cuidados Paliativos (CP) os recebe. Alerta ainda que a necessidade global por cuidados para pessoas com doenças potencialmente fatais irá aumentar, decorrente do envelhecimento da população e do incremento das doenças não transmissíveis, estimando que até 2060 estas quase dupliquem.

Verifica-se na População Portuguesa um aumento da cronicidade das patologias, com presença múltipla, associado ao envelhecimento da população, o que requer uma maior complexidade de cuidados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Decorrerá daqui um crescente número de doentes nos Serviços de Medicina Interna, com necessidades paliativas (MACHADO *et al.*, 2018). Num hospital de agudos, o atendimento é direcionado essencialmente para a vertente curativa. No mesmo sentido Pais (2019, p.238) cita-nos:

Numa época em que as pessoas vivem cada vez mais e nos deparamos com doentes cada vez mais velhos, com doenças crónicas e incuráveis numa medicina que privilegia a cura, muitas vezes torna-se difícil determinar que um doente está na fase da agonia, ou seja, moribundo e numa situação de morte iminente.

A doença terminal e o risco iminente da morte que lhe está associado podem gerar instabilidade no seio das equipas multidisciplinares. Para Carneiro *et al.* (2021, p. 6) “Dedicar tempo e atenção àqueles que certamente não vão curar e aplicar o nosso esforço àqueles que estão na iminência da morte é certamente oportunidade cimeira para exercício humanizante da Medicina”.

Integrados numa equipa interdisciplinar, os enfermeiros assumem um papel de extrema importância na assistência ao doente em fim de vida.

Nesta revisão narrativa da literatura procurou-se abordar o estado de agonia na pessoa com doença terminal. Nesse sentido, clarificaram-se conceitos, enumeraram-se os principais sinais e sintomas físicos que por norma caracterizam o estado de agonia, e por fim abordaram-se as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, salientando-se as respeitantes aos cuidados de enfermagem.

2 | DOENTE TERMINAL / CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo a Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos - SECPAL (s.d) para definirmos uma doença terminal, devem ser consideradas uma série de características: existência de uma doença avançada, progressiva e incurável; ausência de possibilidades razoáveis de resposta para com o tratamento específico; existência de numerosos problemas ou sintomas de elevada intensidade, múltiplos, multifatoriais e em alteração constante; causadores de grande impacto emocional no doente, família e equipa terapêutica, relacionado com a presença, explícita ou não, da morte e prognóstico de vida limitado (inferior a 6 meses). Para Neto (2020) o doente terminal é “aquele que tem em média, um prognóstico esperado de três a seis meses de vida; e no caso dos doentes moribundos, o prognóstico será de dias ou horas” (p.20).

Os CP visam afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal, sem acelerá-la ou atrasá-la (OMS, 2016). Neto (2020, p.20) refere-nos que o enfoque dos CP reside na qualidade de vida “... no ajudar a viver – e não no <<ajudar a morrer>>, como erradamente se pensa”. Em Portugal, a Lei de Bases dos CP (LEI N.º 52/2012, de 5 de setembro) confere aos cidadãos o seu direito ao acesso aos CP, no qual se definem os mesmos como:

Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente da doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também sociais e espirituais (Lei n.º 52/2012)

Para a OMS (2016) os CP visam a prevenção e o alívio do sofrimento, com base numa deteção precoce, numa avaliação correta, tratamento da dor e de outros problemas

(sintomas penosos).

Para Marques e Silva (2018), a prestação de CP pode inserir-se em três níveis: as ações paliativas, os CP gerais e os CP especializados. Nas ações paliativas preconizam-se cuidados que coadunam com os princípios e filosofia dos CP e são desenvolvidos num serviço não especializado. Assim, procura-se o alívio do sofrimento, o controlo sintomático e uma comunicação assertiva com o doente, família e outros profissionais. As ações paliativas estão ao dispor de todos os profissionais de saúde, sendo pertinente possuírem formação básica em CP. Nos CP gerais, a prestação destes cuidados é assegurada por profissionais, que apesar de os CP não constituírem o cerne da sua atividade profissional, são detentores de competências e conhecimentos neste âmbito. Nos CP especializados estamos perante a prestação de cuidados desenvolvidos por equipas e serviços diferenciados e de elevada qualidade. Os profissionais são dotados de formação específica na área e dedicam-se predominantemente a este tipo de cuidados.

Segundo Capelas *et al.* (2018) a identificação e a referenciação precoce dos doentes com necessidades paliativas são cruciais para que estes possam, oportunamente, usufruir de uma intervenção efetiva, no entanto, a falta de formação e de informação, podem constituir elementos que impeçam o processo da referenciação precoce.

A prática dos CP está em constante evolução e devir. Segundo Xavier Gómez-Batiste *et al.* (2017), a prestação de CP devem basear-se nos seguintes princípios-chave: Cuidados compreensivos (que respondam à totalidade das necessidades multidimensionais dos utentes e suas famílias); Cuidados integrados (com coordenação dos cuidados, em todos os serviços); Qualidade (visando responder de forma efetiva e eficiente); Acessibilidade universal (isonomia na acessibilidade, cobertura universal, inserida em todos os sistemas); e Valores de compaixão e comprometimento para cuidar de pessoas que se encontrem em situação de vulnerabilidade e fragilidade.

Para Neto (2020, p.16), na essência dos CP está a “verdadeira aliança terapêutica entre a equipa de saúde e a pessoa doente, em que a primeira ajuda o doente a ajudar-se”. Como nos salienta ainda a mesma autora, esta convenção implica que o profissional de saúde seja dotado de um elevado respeito pelo outro, rigor, honestidade, capacidade de escuta, habilidade em explanar as opções terapêuticas, delinear objetivos e acatar a recusa de tratamentos.

Blinderman e Billings (2015, p.2549) referem-nos que “Para pacientes hospitalizados cuja morte é iminente, os cuidados paliativos podem aliviar sintomas angustiantes que são comuns durante os últimos dias ou semanas de vida”. O sofrimento dos doentes em fim de vida vai para além da componente física, pelo que outras dimensões reclamam de igual forma uma abordagem e tratamento, ao nível existencial, espiritual, psicológica, bem como ao nível social (NETO, 2020).

3 | PERÍODO DE AGONIA: CONCEITO E IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PARA INTERVENÇÕES APROPRIADAS

O controlo sintomático em CP, ocupa uma posição de relevo. Todavia, há um período em que a exacerbação dos sintomas existentes ou o aparecimento de novas manifestações requerem igualmente uma prática assistencial ajustada, correspondente à fase de agonia. Para Pais *et al.* (2019) a agonia reporta-se ao período que precede a morte, manifestada por uma debilidade progressiva das funções vitais. Regra geral, corresponde à fase terminal da doença, ocorrendo por reagramento, de forma súbita ou gradual, com ausência de causa reversível que seja identificável. Para estes autores, o período da agonia corresponde aos últimos três a cinco dias de vida, muitas vezes com um início insidioso e manifestado por sinais e sintomas relativos ao processo de morte. Como nos alerta Braga *et al.* (2017), o período da agonia deve ser encarado como um período de intensificação ao nível dos cuidados, e não como um período de desinvestimento e afastamento por parte da equipa clínica, sendo que tais cuidados devem atender à especificidade clínica do doente e devem ser eticamente apropriados. Nos hospitais constantemente se convive com a morte da pessoa com doença terminal, contudo a maior parte dos profissionais de saúde têm dificuldade em abordar, quer com os seus doentes, quer com os seus familiares (ALVES *et al.*, 2019). Estudos como o de Pais *et al.* (2020), relevam a importância dos programas de formação na gestão emocional em enfermeiros perante a morte do doente.

Nos anos noventa desenvolveu-se no Reino Unido o Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP). Referido por Ellershaw (2003) como uma ferramenta multiprofissional direcionada para a assistência a pacientes moribundos, com o intuito de poder ser transferida para profissionais não especializados em distintos ambientes, como hospitais de agudos, lares e comunidade, visando a melhoria da prestação de cuidados. Incluiria a possibilidade de acesso ao apoio de profissionais especializados em CP, permitiria também a identificação de necessidades quanto a recursos e formação. O LCP seria iniciado quando a condição do doente se deteriorasse, mediante o estabelecimento prévio de determinados critérios. Como ferramenta multidisciplinar, o LCP integra para além de intervenções do âmbito médico (de que é exemplo, a prescrição terapêutica), também aspectos respeitantes especificamente à enfermagem, como as medidas de conforto, a descontinuidade de intervenções consideradas desproporcionadas no âmbito da enfermagem (ANTUNES, 2015). No âmbito do LCP, Glare *et al.* (2003) referem que quando não existem dúvidas de que a morte do paciente está iminente, os objetivos dos cuidados a prestar devem ser redefinidos, devendo as intervenções de enfermagem incidirem no conforto e segurança. Destacam ainda que atendendo à dificuldade de prever quando um paciente irá falecer, é necessário equilibrar as intervenções que podem ser retiradas de forma segura. Os cuidados à boca, ao nível da eliminação e das áreas de pressão, devem integrar o plano de cuidados, não devendo sofrer interrupção, enquanto outras podem ser descontinuadas ou

modificadas, no que concerne à avaliação rotineira dos sinais vitais, entre outros (GLARE *et al.*, 2003). O LCP integra ainda aspectos respeitantes às necessidades psicológicas, espirituais e/ou religiosas, bem como ao nível da comunicação. O LCP mereceu várias considerações negativas nos meios de comunicação social, levando o Ministério da Saúde do Reino Unido a criar uma comissão independente para a sua avaliação. Nesse sentido, Neuberger *et al.* (2013) elaboraram um relatório, tendo concluído que o LCP quando corretamente utilizado contribui para uma morte digna, de forma pacífica. No entanto, foram apontadas críticas e preocupações: a sua implementação poder ser associada ao desinvestimento nos cuidados; a ausência de sustentação científica quanto aos potenciais benefícios e potenciais efeitos adversos; entre outras. A comissão recomendou para um prazo de 6 a 12 meses a substituição do LCP por um “Plano de Cuidados em Fim de Vida”, amparado por orientações de boas práticas específicas a cada condição.

Delgado (2012), num estudo quantitativo, retrospectivo, em que envolveu uma amostra de 31 doentes falecidos nos três primeiros meses de 2012, que tinham sido internados em fase terminal, num Serviço de Medicina Interna (SMI) de uma região de Portugal, para a recolha de dados utilizou um formulário concebido como base no LCP (versão 12). A amostra era maioritariamente do sexo masculino (54,8%), com predomínio da faixa etária dos 76 a 89 anos, sendo o diagnóstico de entrada mais frequente a infeção. A autora encontrou como sintomas mais frequentes: o delírium (61,3% da amostra) nas últimas 72h, a dor nas últimas 48h (67,7% da amostra) e a dispneia nas últimas 24h (77,4% da amostra).

Numa revisão sistemática efetuada por Kehl e Kowalkowski (2012), respeitante a estudos publicados entre janeiro de 1996 e maio de 2012, acerca da prevalência dos sinais e sintomas nas duas últimas semanas de vida, envolvendo 12 artigos, 2416 doentes, verificou-se como sintomas mais prevalentes: a dispneia (56,7%), a dor (52,4%), as secreções respiratórias/estertor (51,4%) e a confusão (50,1%).

No estudo de Delgado (2012), quanto às intervenções farmacológicas, verificou que para o controlo de sintomas, nas últimas 72 horas, os analgésicos não opióides foram os mais prescritos (64,5%), seguido pelos opióides (61,3%). No que concerne à via de administração dos fármacos, a via endovenosa foi a mais usada em detrimento da via oral e subcutânea.

Segundo Antunes (2015), atendendo que a utilização da via oral para a administração de fármacos deixa de ser possível, fruto da habitual incapacidade em deglutir que acaba por surgir, a utilização via SC em doentes agónicos passa a constituir uma das vias de eleição, apresentando vantagens sobre a via EV e IM, na medida em que promove um menor desconforto, o menor risco de hemorragia e infeção. Também Carvalho (2018) refere-nos que atendendo ao princípio do menor dano aquando da seleção da via de administração da terapêutica, a via SC oferece uma maior comodidade ao doente, seja em ambiente hospitalar ou ao nível do domicílio. Num estudo qualitativo desenvolvido

por esta autora, envolvendo médicos e enfermeiros, no qual se procurou conhecer as perspectivas dos profissionais de saúde relativamente à utilização da via SC na gestão de sintomas na pessoa em fim de vida, nos seus resultados destaca-se o considerar esta via como a mais confortável, menos dolorosa e mais segura, entre outros aspetos positivos, no entanto existem constrangimentos que impossibilitam a sua utilização, entre os quais, as alterações existentes ao nível da integridade cutânea, de resto como evidenciado na literatura científica.

O enfermeiro assume um papel fulcral na assistência que presta ao doente em fim de vida, onde se destacam as intervenções não farmacológicas. No estudo de Delgado (2012) quanto às intervenções não farmacológicas, nas últimas 72 horas, destacam-se: a monitorização; cuidados de eliminação intestinal e urinária, hidratação e alimentação, cuidados com a pele e ao nível das medidas de conforto. A tomada de decisão para a instituição das medidas de conforto foi prescrita em 58,1% da amostra. Em igual percentagem estava documentada a decisão de não reanimar. O tempo que decorreu desde a decisão de medidas de conforto e o momento da morte, foi inferior ou igual a 72 horas para 11 doentes (35,5% da amostra) e superior às 72 horas para 7 doentes (22,6% da amostra). Ao nível das intervenções invasivas, nas últimas 72 horas destacam-se como as duas principais, as análises sanguíneas (77,4%) e a gasimetria (61,3%). Os resultados levaram a autora a salientar que o reconhecimento do ingresso do doente nos últimos dias/horas de vida e a instituição de cuidados de conforto constituirão certamente boas práticas.

Antunes (2015), num estudo em que procurou efetuar a caracterização dos cuidados de saúde prestados à pessoa com doença oncológica, que se encontrava em agonia, envolvendo uma amostra de 96 doentes em fase terminal, verificou que se bem que alguns cuidados previstos no LCP eram comumente implementados (registados), tal não ocorria ao nível de muitos outros cuidados. Salienta ainda que apesar dos enfermeiros identificarem o estado de agonia mais cedo, manifestaram dificuldade em adequar os cuidados. Machado (2018), num estudo retrospectivo, envolvendo 100 falecidos num SMI, salienta nas suas conclusões, que nas 48h antes da morte, apesar da irreversibilidade da situação clínica do doente, nem sempre se privilegiou o conforto e se evitou a obstinação terapêutica. Quando a morte é um desfecho inevitável que vai ocorrer em breve, fruto do agravamento do estado do doente, os cuidados devem incidir essencialmente no alívio da sintomatologia, no conforto, bem como, na comunicação e na salvaguarda da dignidade da pessoa, de acordo com os desejos expressos pela mesma, e não em procedimentos e tratamentos sem benefício expectável (CARNEIRO, 2020). Gómez-Sancho *et al.* (2010) apontavam como causas para a obstinação terapêutica: as dificuldades na aceitação do processo da morte, o ambiente de índole curativo, a falta de formação, o pedido da família e do próprio utente, a pressão para a utilização de tecnologia diagnóstica ou terapêutica.

No controlo dos sintomas físicos na agonia, torna-se fulcral a sua correta avaliação, determinantes para a instituição de medidas farmacológicas e não farmacológicas, que

devem ser apropriadas, visando a promoção do conforto, como nos salientam vários autores (ANTUNES, 2015; DELGADO, 2012). Num estudo de natureza qualitativa, no qual se procurou identificar as experiências dos enfermeiros no processo de cuidar do doente em agonia, nos seus resultados destacam-se que os enfermeiros consideraram como intervenção de maior impacto para os bons cuidados a promoção do conforto físico, com enfoque nos posicionamentos e nos cuidados de higiene (MOREIRA, 2014).

Quando nos reportamos ao doente em estado de agonia, os posicionamentos devem ser realizados de forma adequada, caso contrário poderão originar um maior desconforto, pelo que quanto à periodicidade, a alternância dos mesmos deve, como nos alerta Antunes (2015), basear-se no bem-estar do doente e não na habitual justificação de necessidade de se prevenirem as úlceras de pressão.

Em dezembro de 2015, o Instituto Nacional para a Saúde e Excelência dos Cuidados (NICE, 2015) do Reino Unido, com o intuito de melhorar os cuidados de fim de vida das pessoas (com 18 ou mais anos) que se encontravam nos seus últimos dias de vida (2 a 3), emana orientações baseadas na evidência (NG31), destinados a todos os profissionais de saúde e outros prestadores de cuidados para qualquer contexto do serviço nacional de saúde, sem carácter obrigatório. Vários pontos chave são abordados, tais como o reconhecimento de quando o doente pode estar a entrar nos últimos dias de vida. A comunicação constitui outro dos pontos. A este respeito o profissional de saúde deve atender à capacidade mental atual do doente para comunicar, bem como para participar de forma ativa nos seus cuidados. Visando a melhoria dos cuidados, as orientações enfatizam a prestação dos cuidados individualizados, com envolvimento dos próprios nas decisões, bem como a manutenção do seu conforto e a dignidade. Contemplam ainda a gestão de sintomas mais comuns sem causar efeitos secundários inaceitáveis e a manutenção da hidratação.

4 | CONCLUSÃO

Um maior número de situações de doença terminal, com necessidades de carácter paliativo, decorre do crescente número de doentes de idade mais avançada, com patologia(s) crónica(s).

O enfoque dos cuidados paliativos assenta na promoção do bem-estar e qualidade de vida do doente que se encontra em situação de sofrimento, resultante da doença incurável ou grave, com enfoque, quer para a prevenção, quer para o alívio, do sofrimento biopsicossocial e espiritual. O controlo sintomático, em CP, ocupa uma posição de relevo. Todavia, há um período em que a exacerbação dos sintomas existentes ou o aparecimento de novas manifestações requerem igualmente uma prática assistencial ajustada, correspondente à fase de agonia. Na literatura científica a fase de agonia corresponde ao período que precede a morte (respeitante aos últimos dias/horas de vida), manifestado

por um agravamento crescente da situação clínica, cujos sinais e sintomas mais comuns são: a dispneia, a dor, as secreções respiratórias/estertor e a confusão. Ao longo dos tempos desenvolveu-se no Reino Unido uma ferramenta multiprofissional direcionada para o atendimento de pacientes moribundos, que mereceu atualizações e críticas, tendo sido descontinuado após avaliação por uma comissão independente. A abordagem terapêutica integra ações farmacológicas e não farmacológicas. No âmbito da enfermagem, salientam-se as intervenções não farmacológicas apropriadas, que privilegiem o conforto do doente.

A referenciação atempada dos doentes terminais com necessidades paliativas, para a equipa intra-hospitalar de Suporte de CP, bem como a aposta na formação contínua da equipa multidisciplinar que tem de lidar com o doente terminal com necessidades paliativas, nas suas últimas horas ou dias de vida (morte iminente), num serviço de internamento não especializado em CP, constituirão certamente mais-valias para uma melhor abordagem destes doentes, em prol da qualidade dos cuidados.

É um facto que a existência de orientações/protocolos, suportados pela melhor evidência científica, tem contribuído para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados em saúde. Consideramos que a criação, validação e adaptação de ferramentas em benefício do melhor atendimento do doente terminal, no que concerne aos seus últimos dias ou horas de vida, poderia auxiliar na difícil tarefa de reconhecimento da morte iminente, na maximização do controlo sintomático e na minoração das intervenções desnecessárias, alicerçado numa base multiprofissional, onde se integram as intervenções respeitantes aos enfermeiros, devendo atender sempre à condição específica de cada doente. Estamos certos de que o assunto continua a requer uma maior discussão científica e acima de tudo humana.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. S. F. *et al.* Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado essencial no Fim da Vida. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 39, 1-15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>

ANTUNES, Inês Filipa Dias dos Santos. **Caracterização dos Cuidados de Saúde prestados ao Doente Oncológico em “Agonia”, num Serviço de Medicina com Especialidades Médicas.** Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal, 2015. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/39723/1/12147_Tese.pdf

BLINDERMAN, C. D.; BILLINGS, J.A. Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. **N Engl J Med**, 373 (26), 2549-61, 2015. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1411746>

BRAGA, B.; RODRIGUES, J.; ALVES, M.; & NETO, I. G. Guia Prático da Abordagem da Agonia. **Medicina Interna**, 24 (1), 48–55, 2017. Disponível em: https://www.spmi.pt/revista/vol24/vol24_n1_2017_48_55.pdf

CAPELAS, M. L. *et al.* Doentes paliativos nos hospitais públicos portugueses. **Cadernos de Saúde**, 10, 14–22, 2018. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7263>

CARNEIRO, R. *et al.* 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 (4), 545-554, 2011. Disponível em: <http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF3/002257.pdf>

CARNEIRO, R.; & CARNEIRO, A. H. A. Decisão de Não Reanimar. **Medicina Interna**, 27 (2), 169-173, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.24950/P.Vista/277/19/2/2020>.

CARNEIRO, R.; CARNEIRO, A. H.; & FREIRE, E. Cuidados ao Doente em Morte Iminente: Do Básico se Faz Avanço Científico! **Medicina Interna**, 28 (1), 6, 2021. <https://doi.org/10.24950/Editorial/315/20/1/2021>

CARVALHO, Dulce Maria da Silva. **A via subcutânea na gestão dos sintomas na pessoa em fim de vida: perspetivas dos profissionais de saúde**. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2207>

DELGADO, Elisabete Moreira. **Caraterização dos cuidados prestados ao doente terminal nas últimas 72 horas de vida**. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal, 2012. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=15916

ELLERSHAW, J. Introduction. In: ELLERSHAW, John & WILKINSON, Susie (eds), **Care of Dying, a pathway to excellence**. (p.XI-XIII). Oxford University Press, 2003.

GLARE, P.; DICKMAN, A.; & GOODMAN, M. Symptom control in care of the dying. In ELLERSHAW, John & WILKINSON, Susie (eds), **Care of Dying, a pathway to excellence**. (p.42-61). Oxford University Press, 2003.

GÓMEZ-BATISTE, X., *et al.* Principles, Definitions and Concepts. In: GÓMEZ-BATISTE, Xavier & CONNOR, Stephen (eds), **Building Integrated Palliative Care Programs and Services**. Barcelona: Chair of Palliative Care; WHO Collaboration Centre Public Health Palliative Care Programmes; Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; “la Caixa” Banking Foundation; 2017; p. 45-62.

GÓMEZ-SANCHO, M. *et al.* Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones, **Revista de la Sociedad Española del Dolor**, 17 (3), 177-179, 2010. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000300007&lng=es&tlng=es.

KEHL, K.A.; & KOWALKOWSKI, J.A. A systematic review of the prevalence of signs of impending death and symptoms in the last 2 weeks of life. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, 30 (6), 601-616, 2012. Doi: 10.1177/1049909112468222

LEI N.º 52/2012 da Assembleia da república (2012). **Lei de Bases dos Cuidados Paliativos**. Diário da República N.º172 - I Série de 5 de Setembro, Portugal, 2012. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

MACHADO, S. *et al.* Morrer num Serviço de Medicina Interna: As Últimas Horas de Vida. **Medicina Interna**, 25(4), 286–292, 2018. DOI: 10.24950/rspm/origina/90/4/2018.

MARQUES, A., M.; SILVA, M., I. **Cuidados Paliativos**, 2018. Disponível em: http://metis.med.up.pt/index.php/Cuidados_paliativos

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Retrato da Saúde 2018**, Portugal, 2018. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

MOREIRA, T. A. R. B. **Vivências dos enfermeiros no processo de cuidar do doente em agonia**. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1190>

NETO, I.,G. (2020). **Cuidados Paliativos**. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

NEUBERGER, J., *et al.* **More Care, Less Pathway a Review of the Liverpool Care Pathway**, 2013. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212450/Liverpool_Care_Pathway.pdf

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE [NICE]. **Care of dying adults in the last days of life**, 2015. Disponível: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-pdf-1837387324357>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers**, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250584>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **WHO takes steps to address glaring shortage of quality palliative care services**, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/05-10-2021-who-takes-steps-to-address-glaring-shortage-of-quality-palliative-care-services>

PAIS, C. *et al.* Uma Boa Morte: Reconhecer a Agonia a Tempo. **Medicina Interna**, 26(3), 238–246, 2019. <https://doi.org/10.24950/rspmi/revisao/253/18/3/2019>

PAIS, N. J. *et al.* Efetividade de um programa de formação na gestão emocional dos enfermeiros perante a morte do doente. **Revista de Enfermagem Referência**, 5(3), e20023, 2020. Doi:10.12707/RV20023

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS [SECPAL] (s.d). **Guía de cuidados paliativos**. Disponível em: <http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf>