



# IX CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

## Portugal, território de territórios

---

---

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde [ST]

---

---

**ENTRE VIVER E ESTAR VIVO: DILEMAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CONTEXTOS HOSPITALARES DE FIM DE VIDA.**

---

---

VICENTE, Inês Pedro

Mestrado em Sociologia, CICS.NOVA, [ainesvicente@gmail.com](mailto:ainesvicente@gmail.com)

---



### Resumo

Os cuidados de saúde orientados para o tratamento de doentes terminais assumem múltiplas configurações sociais e territoriais. Em Portugal, estes cuidados, genericamente designados por cuidados paliativos, começaram a ser implementados no Sistema Nacional de Saúde e a ganhar visibilidade social e política nos anos '90 do século XX, numa fase tardia de um processo de disseminação gradual e diferenciado em toda a Europa. Com a necessidade crescente de tratamento de doentes terminais nas diferentes tipologias de cuidados oferecidas pelo Sistema Nacional de Saúde, torna-se emergente compreender as dinâmicas profissionais específicas associadas à prática quotidiana de cuidados paliativos, que espoletam múltiplas formas de reivindicação pública por um aumento difuso e integrado das diferentes tipologias de cuidados paliativos em território nacional. No sentido de explicitar as questões apresentadas procuraremos analisar, do ponto de vista sociológico, as narrativas mobilizadas pelos diferentes atores envolvidos na reivindicação pública pela implementação e reconhecimento dos cuidados paliativos em Portugal.

Para tal procurar-se-á apresentar os resultados de dois projetos de investigação, com enfoque nas diferentes formas de organização do trabalho hospitalar em torno dos doentes na fase terminal da vida, através de uma abordagem de carácter qualitativo, com recurso ao método etnográfico e à realização de entrevistas a profissionais de saúde.

### Abstract

The health care orientated to the treatment of terminally ill patients take multiple social and territorial configurations. In Portugal, this kind of care, generically known as palliative care, began to be implemented in the National Health Care Service and gaining social and political visibility in the 1990's, at a late stage compared with other European countries. With the growing need for treatment of terminally illness patients in hospital contexts becomes crucial to understand the specific professional dynamics associated to the everyday work in palliative care, that emerge different forms of public demands for a diffuse and integrated increase of palliative care in Portugal. In order to clarify the issues presented we will seek to analyse, from a sociological point of view, the narratives mobilized by actors involved in the public demands for the implementation and recognition of palliative care in Portugal. For that purpose, we will present the results from two sociological research projects focusing on different forms of organization of hospital work around terminally ill patients, following a qualitative methodology, through ethnographic observation and semi directive interviews to health professionals who work with terminally ill patients.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Trajetórias de final de vida; Sociologia pragmática; Metodologias qualitativas.

Keywords: Palliative care; End-of-life trajectories; Pragmatic Sociology; Qualitative methodologies.

[COM0463]



## **Introdução**

Os cuidados de saúde orientados para o tratamento de doentes terminais assumem múltiplas configurações sociais e territoriais. Em Portugal, estes cuidados, genericamente designados por cuidados paliativos, começaram a ser implementados no Sistema Nacional de Saúde e a ganhar visibilidade social e política nos anos '90 do século XX, numa fase tardia de um processo de disseminação gradual e diferenciado em toda a Europa (Marques, Gonçalves, Salazar, Neto, Capelas Tavares e Sapeta, 2009; Neto, Marques, Gonçalves, Salazar, Capelas, Tavares e Sapeta, 2010).

O interesse crescente sobre o final de vida e a morte trouxe para as arenas públicas novos atores sociais, que transformaram estas questões num verdadeiro campo de reivindicação social, no qual se salienta o papel desempenhado pelos profissionais de saúde ligados aos cuidados paliativos, as associações de doentes e profissionais, os movimentos civis e o Governo, através da criação e implementação de políticas orientadas para os cuidados de fim de vida (Resende, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os cuidados paliativos definem-se como cuidados de saúde cujo objetivo central é o de melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias em situação de doença terminal, através da prevenção e do alívio do sofrimento e de uma avaliação e tratamento precoce da dor, dos sintomas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2002).

Especificamente, os cuidados paliativos devem proporcionar o alívio da dor e de outros sintomas; afirmar a vida e encarar a morte com um processo natural; integrar nos cuidados prestados os aspetos físicos, psicossociais e espirituais; oferecer um sistema de apoio aos doentes que lhes permita viver tão ativamente quanto possível até ao final da vida; oferecer um sistema de suporte à família que a ajude a lidar com a doença e com o luto; desenvolver uma abordagem de trabalho multidisciplinar que permita responder às necessidades dos doentes e das suas famílias, incluindo no luto e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos doentes (WHO, 2002), constituindo uma forma de aliança entre os doentes e as equipas multidisciplinares de cuidados paliativos, cuja composição deve incluir médicos, enfermeiros, assistentes sociais, capelão e diversos terapeutas (Twycross, 2003).

Estes cuidados de saúde surgem, atualmente, como um ciclo específico de cuidados médicos orientados para o final de vida, que combinam técnicas ancestrais de assistência aos moribundos com técnicas médicas modernas orientadas para o controlo dos sintomas e da dor, quer na fase de transição de doença curável para incurável, quer nas fases mais avançadas de doença terminal, na morte e no pós-morte e que combinam não só o tratamento da dor física como os sintomas psicossociais (Castra, 2003).

Pese embora o desenvolvimento significativo da rede pública e privada de cuidados paliativos em Portugal, a sua cobertura continua ainda a ser insuficiente nas suas diversas tipologias (Unidades de Cuidados Paliativos da RNCCI, Serviços de Cuidados Paliativos – públicos e privados –, Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e Cuidados Domiciliários), permanecendo na agenda pública como área de intervenção privilegiada.

Importa, assim, perceber o que acontece aos doentes terminais que dão entrada em outros serviços hospitalares, altamente tecnologicizados e não vocacionados para a prática especializada de cuidados paliativos nos seus diversos níveis de intervenção (Nível I, II e III)<sup>1</sup> e, em alguns casos, sem a prática recorrente de ações paliativas em doentes identificados como terminais, isto é, a doentes sem perspetiva de tratamento curativo, que apresentam uma rápida progressão da doença com expectativa limitada, que estão em intenso sofrimento e que apresentam um conjunto de problemas e necessidades que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004).

Estas ações paliativas, que podem ser prestadas em qualquer tipologia de cuidados de saúde, em internamento ou no hospital, correspondem a medidas terapêuticas sem intuito curativo, cujo objetivo é o de

minorar as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004).

Com o aumento da necessidade de tratamento de doentes terminais nas diferentes tipologias de cuidados oferecidas pelo Sistema Nacional de Saúde, sobretudo em contexto hospitalar, torna-se emergente compreender as dinâmicas profissionais específicas associadas à prática quotidiana de cuidados paliativos, que espoletam múltiplas formas de reivindicação pública por um aumento difuso e integrado das diferentes tipologias de cuidados paliativos em território nacional.

No sentido de explicitar as questões apresentadas procuraremos analisar, do ponto de vista sociológico, as narrativas mobilizadas pelos diferentes atores envolvidos na reivindicação pública pela implementação e reconhecimento dos cuidados paliativos em Portugal. Para tal procurar-se-á apresentar os resultados do projeto de investigação “Construindo caminhos para a morte: uma análise de quotidianos de trabalho em cuidados paliativos”, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, assim como os resultados do projeto de doutoramento decorrente, com enfoque nas diferentes formas de organização do trabalho hospitalar em torno dos doentes na fase terminal da vida, através de uma abordagem de carácter qualitativo, com recurso ao método etnográfico e à realização de entrevistas a profissionais de saúde.

Partindo de uma análise inspirada na sociologia pragmática, é nosso propósito explorar as narrativas mobilizadas pelos profissionais de saúde nas suas dinâmicas de trabalho, por um lado, através da forma como estes profissionais lidam, nos seus quotidianos, com a complexidade de situações sociais, nomeadamente aquelas que são causadas pela confrontação, ao nível da interação, entre diferentes carreiras experienciais e pessoais relacionadas aos cuidados de final de vida. E, por outro lado, através da forma como os profissionais tentam construir arranjos que possam reduzir este tipo de complexidade com o objetivo de promover o conforto dos pacientes e diminuir o seu sofrimento nas suas trajetórias de final de vida.

## **1. Carreiras experienciais e modos de envolvimento na ação no tratamento de doentes terminais**

No sentido de dar resposta às questões levantadas nos parágrafos anteriores, procuraremos mobilizar os contributos de Glaser e Strauss no campo interacionista da sociologia da saúde e da doença, nomeadamente no que respeita à análise do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde no decurso das trajetórias de final de vida dos doentes em contexto hospitalar.

Para estes autores o conceito de trajetória de final de vida é fundamental para compreender a forma como os profissionais de saúde organizam os seus quotidianos de trabalho no tratamento de doentes terminais. Estas trajetórias de final de vida assumem uma temporalidade e forma específicas, que não podem ser definidas com precisão à entrada do doente num serviço hospitalar, uma vez que estão dependentes das perceções dos profissionais sobre o estado de terminalidade dos doentes, que poderá alterar-se no decurso da própria trajetória (Glaser e Strauss, 2007; Glaser e Strauss, 2009)

Neste sentido, os profissionais de saúde vão ajustando os seus quotidianos de trabalho no decurso das trajetórias de final de vida dos doentes. Glaser e Strauss apontam cinco tipos de trajetórias que podem ser encontradas em contexto hospitalar e que vão orientar o trabalho desenvolvido pelos profissionais com os doentes e as suas famílias: a trajetória de morte súbita (comum, sobretudo, nos serviços de urgência médica); a trajetória de morte rápida esperada; a trajetória de morte lenta esperada; a trajetória de morte suspensa; e a trajetória de entrada-reentrada (Glaser e Strauss, 2007).

As trajetórias de final de vida, de acordo com a definição de Glaser e Strauss, são atravessadas por uma multiplicidade de momentos críticos que conduzem a uma reorganização do trabalho hospitalar pelos profissionais de saúde. Estes momentos críticos podem ser mais ou menos esperados e incluem o momento em que o doente é definido como terminal; a preparação do doente e dos seus familiares para a morte; as últimas horas; o momento da morte; e a morte em si mesma. Os momentos críticos constituem situações

privilegiadas de interação entre os profissionais, os doentes e as suas famílias (Glaser e Strauss, 2007; Glaser e Strauss, 2009).

As expectativas dos profissionais, dos doentes e das suas famílias sobre a morte e o seu momento são determinantes na forma como os profissionais lidam com os momentos críticos e vão estruturando a sua atividade quotidiana, uma vez que estas expectativas fornecem pistas importantes sobre o estado de consciência dos doentes e das suas famílias sobre a doença e a terminalidade permitindo aos profissionais construir uma série de arranjos para atenuar a tensão gerada pelos momentos críticos e respeitar os interesses de todos os atores envolvidos ao longo das trajetórias de final de vida dos doentes (Glaser e Strauss, 2007; Glaser e Strauss, 2009; Boltanski e Thévenot, 2006).

O conceito de arranjos deriva da sociologia pragmática e pode ser definido como um tipo de acordo local e contingente, que não diz respeito a um bem-comum, mas aos interesses das partes envolvidas (Boltanski e Thévenot, 2006).

Desta forma, importa analisar não só as formas de organização do trabalho hospitalar, mas também as competências críticas e de julgamento dos profissionais de saúde e a forma como estes se mobilizam com o objetivo de prestar cuidados aos doentes, tendo em conta a diversidade de situações sociais, lógicas e formas de ação com os quais são confrontados (Nachi, 2009).

Estas competências críticas permitem aos profissionais, aos doentes e às suas famílias, produzir julgamentos morais e coordenar as suas ações ajustando-se às situações através de operações críticas ou de justificação de uma determinada situação (Boltanski e Thévenot, 2006).

A forma como os profissionais vão construir arranjos enquanto equipa, com os doentes e com as suas famílias está interligada às suas próprias carreiras experienciais. Glaser e Strauss definem, analiticamente, três tipos de carreiras experienciais: carreiras experienciais pessoais; carreiras experienciais profissionais; e carreiras experienciais de doença (Glaser e Strauss, 2007). Estas carreiras experienciais surgem como um elemento central na forma como os profissionais constroem os arranjos, no entanto é preciso ter em consideração que não são estanques, uma vez que os profissionais se encontram em permanente interação em equipa, com os doentes e com as suas famílias e cada nova situação com a qual são confrontados vem contribuir para a construção das suas carreiras experienciais – pessoais, profissionais e de doença – (Glaser e Strauss, 2007).

## **2. Metodologia**

Recorremos a uma metodologia de carácter qualitativo com enfoque na grounded theory, um método de recolha e análise de dados que se inicia no terreno com a recolha dos primeiros dados, que são analisados e codificados desde a primeira observação, através de um processo sistemático de comparação entre os dados recolhidos e as categorias em análise (Charmaz, 1983; Corbin e Strauss, 1993; Walker e Myrick, 2006).

O primeiro conjunto de dados foi recolhido no âmbito do projeto «Construindo caminhos para a morte: uma análise de quotidianos de trabalho em cuidados paliativos» (PTDC/CS-SOC/119621), cuja coleta se dividiu em três fases distintas.

Na primeira fase de recolha de dados foram realizadas 8 entrevistas exploratórias a profissionais da medicina, enfermagem e cuidados paliativos de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e num Serviço de Cuidados Paliativos e foi realizada observação etnográfica num serviço de cuidados paliativos e numa unidade de cuidados paliativos afeta à Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados. Os dados recolhidos nesta fase permitiram identificar e classificar diferentes tipos de dados relacionados com o objeto de pesquisa do projeto e com o enquadramento teórico, assim como, começar a desenhar o objeto de pesquisa a desenvolver no âmbito do projeto de doutoramento em Sociologia, alicerçado nas perceções dos profissionais sobre os diferentes modos de organização do trabalho hospitalar

através da comparação do quadro de cuidados por si desenvolvidos em diferentes serviços hospitalares, isto é, das diferentes carreiras profissionais e pessoais por eles experimentadas.

Na segunda fase da pesquisa foi realizada observação etnográfica em dois hospitais da rede pública, geográfica e socialmente contrastantes e entrevistas informais aos profissionais de saúde. A informação recolhida nesta fase, incluindo as entrevistas informais, foi registada em diário de campo e recolhida nas unidades de internamento, nas reuniões de equipa e de gestão de alta – que em alguns casos incluíam doentes e as suas famílias –, nas reuniões de mudança de turno da enfermagem e nas consultas externas.

Nesta fase procedeu-se a uma observação com enfoque privilegiado nas situações de tensão e conflito entre os diferentes pontos de vista dos atores e em situações de negociação, definição e planeamento de arranjos entre os diferentes atores, com ênfase nos julgamentos produzidos pelos profissionais em situação.

Na terceira fase foram realizadas 29 entrevistas semidiretivas aos profissionais de saúde da medicina, da enfermagem e do serviço social dos dois hospitais nos quais foi realizada a segunda fase do trabalho de campo, assim como em outras unidades e serviços públicos de cuidados paliativos em todo o país, o que permitiu incluir um maior número de profissionais na amostra, além daqueles que compõe as unidades de observação etnográfica.

A população em estudo neste projeto era constituída pelos profissionais da medicina, da enfermagem e do serviço social que trabalha em cuidados paliativos em Portugal. A amostra era constituída pelos profissionais que trabalhavam na unidade e serviço de cuidados paliativos durante o período de realização deste estudo, assim como os profissionais que trabalhavam em serviços de internamento de cuidados paliativos no período em que foram realizadas as entrevistas semidiretivas.

Estes profissionais foram escolhidos por trabalharem diretamente e em proximidade com os doentes e por serem as categorias profissionais que mais comumente integram as equipas portuguesas de cuidados paliativos.

O trabalho de campo realizado no âmbito deste projeto permitiu analisar as perceções que os profissionais de saúde em estudo têm sobre o seu trabalho quotidiano, as diferentes carreiras experienciais em interação e as operações críticas na base dos julgamentos morais por eles produzidos em situação, dando origem a arranjos específicos de acordo com o quadro de interação em que se inserem e assim desenhar aquele que constitui o objeto de análise do projeto de doutoramento em decurso.

Neste sentido, os dados apresentados no próximo capítulo foram analisados de acordo com o objeto de pesquisa em desenvolvimento no âmbito do doutoramento em sociologia, que procura pôr em comparação os quotidianos de trabalho em cuidados paliativos, nos serviços de medicina interna e nas equipas de cuidados domiciliários afetas às Unidades de Saúde Familiar (USF) quando são confrontados com doentes terminais e as suas famílias.

### **3. Definição dos quotidianos de trabalho em contexto de doença terminal**

As entrevistas realizadas aos profissionais de saúde em estudo apontam para a existência de um conjunto de diferenças entre as formas de organização do trabalho e os modos de envolvimento na ação em cuidados paliativos e noutros serviços hospitalares. Estas diferenças vão variando de acordo com as carreiras experienciais pessoais, profissionais e de doença dos atores envolvidos, ao mesmo tempo que contribuem para uma redefinição destas carreiras, de acordo com a definição de Glaser e Strauss (2007), assim como dos julgamentos morais produzidos pelos profissionais em situação estabelecendo-se uma multiplicidade de arranjos quer em equipa, quer com os doentes e as suas famílias (Boltanski e Thévenot, 2006).

De entre as diferenças apontadas pelos profissionais de saúde entrevistados, salienta-se o impacto que o trabalho com doentes terminais e as suas famílias tem sobre as conceções de morte e sofrimento destes profissionais; as mudanças na organização do trabalho quotidiano, realizado em equipa multidisciplinar e



mais orientado para uma prática de cuidados em proximidade do que para a cura; a proximidade com os doentes e as suas famílias; e o contacto com novas patologias associadas à doença terminal e a novas técnicas de controlo sintomático, nomeadamente aquelas que envolvem medicação específica para doentes paliativos com recurso a opióides.

Os profissionais entrevistados salientam a existência de diferenças ao nível da organização do trabalho quotidiano entre cuidados paliativos relativamente a outros serviços hospitalares no que respeita à organização do trabalho em equipa multidisciplinar, condição fundamental na prática de cuidados paliativos:

«Portanto, aqui as profissões não são estanques, não há os enfermeiros com a sua passagem de turno, os médicos... Que também existe, claro. Não há os enfermeiros e os médicos, pronto, cada um faz o seu trabalho e... Mas depois sabemos todos o que é que, o que é que fazemos. Em relação à... à... Nós pretendemos fazer sempre uma passagem de turno multidisciplinar, nem sempre é possível, porque as pessoas nem todas estão em... (...) Disponibilidade. Mas geralmente a passagem de turnos dos enfermeiros às quatro da tarde, têm médico, enfermeiro e... têm os enfermeiros, têm o médico e psicólogo e assistente social, quando é possível. Portanto, a relação entre nós também é muito mais próxima.» (Médica, Especialista em Medicina Interna, Mestre em Cuidados Paliativos).

De acordo com os profissionais da medicina, enfermagem e serviço social entrevistados, a organização temporal do trabalho em cuidados paliativos é feita, sempre que possível, em função das necessidades dos doentes, individualmente considerados, e das suas famílias, contornando as imposições da organização do trabalho hospitalar noutros serviços, formatados de acordo com uma lógica de eficácia e um modelo estereotipado de prestação de cuidados de saúde e de higiene e conforto aos doentes, medicação e alimentação, que são previamente definidos pelas equipas de cuidados de saúde e não revistos em função das necessidades dos doentes, situação que procuram reverter em cuidados paliativos:

«É diferente! Eu sempre trabalhei assim, mas pronto. Mas aqui respeitamos muito a vontade do doente, quer tomar banho, quer, não quer não toma. Em medicina chegamos, por vezes nem sequer se pergunta se quer, se não quer, faz-se e pronto. É mais ou menos isto. Cada doente é específico» (Enfermeira, Mestre em Cuidados Paliativos, com experiência anterior em medicina interna e urgência médica).

O trabalho quotidiano em cuidados paliativos é marcado uma pluralidade de arranjos estabelecidos entre os profissionais de saúde, os doentes e as suas famílias, com o objetivo de promover o conforto e o bem-estar dos doentes, assim como uma morte digna. Segundo os profissionais entrevistados os arranjos estabelecidos com os doentes e com as suas famílias em cuidados paliativos, não fazem parte dos quotidianos de trabalho noutros serviços hospitalares, constituindo, pelo contrário, momentos de tensão entre os vários elementos das equipas de cuidados de saúde, quando um profissional leva a cabo uma ação paliativa:

«Se alguns colegas tiverem sensibilidade para isso podem ficar até um bocadinho até mais tarde ou chamados quando tiverem numa situação mais problemática, vir que tá quase a falecer, chamá-los, mas muito raro. Quando eu trabalhei, era muito raro. Uma vez permiti que uma senhora ficasse para além da hora, foi uma coisa que ela me agradeceu muito, porque ele depois faleceu naquele tempo. Os outros colegas estavam todos muito tristes, muito zangados comigo, porque eu tinha deixado uma senhora ficar até mais tarde e o marido tinha... Faleceu naquele momento, portanto, foi... É uma coisa boa, disse “Ainda bem que você me deixou estar porque acompanhei ele até falecer”. É diferente, porque depende muito da sensibilidade das pessoas. É muito complicado.» (Enfermeira, Mestre em Cuidados Paliativos, com experiência anterior em medicina interna e urgência médica).

## **Notas conclusivas**

A análise das perceções dos profissionais de saúde da medicina, da enfermagem e do serviço social relativamente às formas de organização do trabalho hospitalar e aos modos de envolvimento na ação

permite-nos distinguir o trabalho desenvolvido por estes profissionais em cuidados paliativos, relativamente a outros serviços nos quais desempenharam as suas tarefas profissionais em fases anteriores das suas carreiras profissionais.

O questionamento sobre as diferenças apontadas pelos profissionais entrevistados no âmbito do projeto «Construindo caminhos para a morte: uma análise de quotidianos de trabalho em cuidados paliativos» (PTDC/CS-SOC/119621)», articula-se com a premência da criação de uma rede de cuidados paliativos plenamente desenvolvida e integrada no Serviço Nacional de Saúde, uma vez que não temos ainda, em Portugal, resposta adequada ao número de doentes em fim de vida que precisam de acompanhamento hospitalar e que dão entrada em outros serviços não vocacionados para a prática de cuidados paliativos, assim como com uma inflexão das representações associadas à fase final da vida e que está diretamente relacionada ao aparecimento de um novo modelo de boa morte e de humanização da morte (Castra, 2003).

A mudança na sensibilidade coletiva face à morte e ao fim de vida, que vem relevar a importância da análise sociológica das especificidades e características dos cuidados paliativos, assim como da sociologia da saúde e da doença de uma forma geral, põe em evidência a necessidade que questionar sobre o que acontece aos doentes terminais quando dão entrada em serviços de medicina interna, por vezes em situação de agudização da doença de base ou agravamento das comorbidades, através do serviço de urgência ou quando se encontram no domicílio, acompanhados pelas equipas domiciliárias das Unidades de Saúde Familiar.

Numa perspetiva de continuidade do projeto «Construindo caminhos para a morte: uma análise de quotidianos de trabalho em cuidados paliativos» (PTDC/CS-SOC/119621)» procuraremos, com o projeto de doutoramento em curso, compreender de que forma os profissionais de saúde organizam os seus quotidianos de trabalho tendo em conta a carreira de doença do doente? Se os profissionais consideram as expectativas e prognóstico dos doentes nas suas trajetórias de final de vida, incluindo essa informação no quadro de cuidados a prestar aos doentes e às suas famílias? Se se constituem modos de envolvimento distintos em função da promoção do bem-estar e qualidade de vida dos doentes e das suas famílias nas trajetórias de final de vida?

## Referências

- Boltanski, L. & Thévenot, L. (2006). *On justification. Economies of worth*. (C. Porter, Trad.). New Jersey: Princeton University Press (Obra originalmente publicada em 1991).
- Castra, M. (2003). *Bien Mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Charmaz, K. (1983). “The grounded theory method: an explication and interpretation”. In R. M. Emerson (Ed.). *Contemporary field research: a collection of readings* (pp. 109-126). Boston: Little, Brown and Company.
- Corbin, J. & Strauss, A. (1993). Grounded theory research: procedures, canons and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.
- Glaser, B. & Strauss, A. (2007). *Time for dying*. New Jersey: Aldine Transaction.
- Glaser, B. & Strauss, Anselm A. (2009). *Awareness of dying*. New Jersey: Aldine Transaction.
- Marques, A. L., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I. G., Capelas, M. L., Tavares, M., & Sapeta, P. (2009). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*, 32-38.
- Nachi, M. (2009). *Introduction à la sociologie pragmatique. Vers un nouveau ‘style’ sociologique*. Paris: Armand Colin.

Neto, I. G., Marques, A. L., Gonçalves, E., Salazar, H., Capelas, M. L., Tavares, J. M., & Sapeta, A. P. (2010). Palliative care development is well underway in Portugal. *European Journal of Palliative Care*, 17(6), 278-281.

Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: DGS.

Resende, J. (2006, setembro). «A morte saiu à rua»: aproximações à morte entre o sofrimento e a preservação da vida. Proceedings do *II Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade*, Tavira, Portugal.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores (Obra original publicada em 1995).

Walker, D. & Myrick, F. (2006). Grounded theory: an exploration of process and procedure. *Qualitative Health Research*, 16(4), 547-559.

WHO, World Health Organization (2002). *Definition of Palliative Care*. Recuperado em 15 de Outubro, 2016, de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

---

<sup>1</sup> De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004), uma ação paliativa representa o nível mais básico de palição, isto é, à prestação de ações paliativas sem o recurso a equipas ou estruturas diferenciadas e deve ser prestada em qualquer regime de internamento ou domiciliário. Os cuidados paliativos de nível I são prestados por equipas com formação diferenciada, estruturadas em equipas móveis que não dispõem de uma estrutura de internamento, mas de um espaço físico para sediar a sua atividade, podendo ser prestados em regime de internamento ou domiciliário ou a um regime de aconselhamento diferenciado. Os cuidados de nível II são prestados em unidades de internamento ou no domicílio, por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos que prestam diretamente estes cuidados e que garantem apoio e disponibilidade durante 24 horas. Os cuidados paliativos de Nível III reúnem todas as condições dos cuidados de Nível II, desenvolvem programas estruturados e regulares de formação especializada, atividade regular de investigação e possuem equipas multidisciplinares alargadas com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade, constituindo unidades de referência.