

# Conversas de final de vida: um processo social complexo

## *End-of-life conversations: a complex social process*

ORIANA RAINHO BRÁS

ALEXANDRE COTOVIO MARTINS

### RESUMO

As conversas de final de vida são elementos fundamentais do trabalho diário em cuidados paliativos. Em trabalho anterior (MARTINS *ET AL.*, 2021) abordamos, exploratoriamente, a condução destas conversas nos cuidados paliativos em Portugal, concluindo que se trata de um processo social complexo. Mais do que um único momento de conversa entre médico/a e paciente, as conversas de final de vida desenrolam-se no tempo, envolvendo um amplo leque de intervenientes – paciente, familiares, profissionais de saúde, voluntários – tornando-se visível a coordenação entre profissionais de saúde e outros trabalhadores envolvidos na prestação de cuidados aos doentes, de forma a garantir a consistência da comunicação (*idem*). Além disso, as conversas de final de vida envolvem estratégias interaccionais específicas devido à necessária abordagem do delicado tema da morte (MARTINS & BINET, 2020). Neste artigo, desenvolvemos as dimensões da temporalidade e coordenação, e chegamos a uma definição do conceito de conversa de final de vida focada no seu processo. Temos por base observação etnográfica e entrevistas a profissionais de saúde de uma equipe intra-hospitalar de cuidados paliativos de um hospital público da região de Lisboa, em Portugal, decorridos entre Setembro de 2019 e Fevereiro de 2020, no âmbito do projeto ETIC (PTDC/SOC-SOC/30092/2017), financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, Portugal. Da recolha de dados resultaram notas de campo, gravações áudio de reuniões de equipe e outras interações entre profissionais, bem como de telefonemas com pacientes e seus familiares e com outros profissionais de saúde da rede de cuidados paliativos.

**Palavras-chave:** Conversas de final de vida; Cuidados paliativos; Profissionais de saúde.

## **ABSTRACT**

End of life talk is a fundamental element of daily work in palliative care. In a previous work (MARTINS ET AL. 2021) we presented an exploratory analysis of end-of-life talks in palliative care work in Portugal, concluding that they are complex social processes. More than a single moment of talk between patient and doctor, end-of-life talks unfold in time, involving a myriad of participants – patient, family members, health professionals, volunteers – where coordination between health professionals and other healthcare workers becomes apparent, thus guaranteeing the consistence of communication (*idem*). Moreover, end-of-life talks involve specific interactional strategies due to the need to approach the delicate theme of death (MARTINS & BINET, 2020). In this article, we develop the dimensions of temporality and coordination and propose a definition of the concept of end-of-life talk focused on its process. We draw on ethnographic observation and interviews to health professionals of an in-hospital palliative care team of a public hospital in Lisbon area, Portugal, between September 2019 and February 2020, in the framework of research project ETIC (PTDC/SOC-SOC/30092/2017), funded by Foundation for Science and Technology, Portugal. Fieldwork resulted in fieldnotes, audio recordings of team meetings and other interactions between professionals, and phone calls with patients, their family members or other health professionals in the palliative care network.

**Key words:** End of life talks; Palliative care; Healthcare professionals.

## **INTRODUÇÃO<sup>1</sup>**

A importância da comunicação na prestação de cuidados de saúde no fim da vida é amplamente reconhecida, estando demonstrados os seus benefícios tanto para pacientes, quanto para familiares, profissionais de saúde e sistemas de saúde. Entre os benefícios contam-se um menor número de intervenções clínicas agressivas no fim da vida e uma menor taxa de hospitalização (BRINKMANN-STOPPELENBURG *ET AL.*, 2014; ZHANG *ET AL.*, 2009), maior satisfação dos(as) pacientes com os cuidados recebidos (ALMACK *ET AL.*, 2012; DETERING *ET AL.*, 2010) bem como menor estresse, ansiedade e depressão dos(as) familiares em luto (DETERING *ET AL.*, 2010), e ainda a maior qualidade da relação terapêutica e capacidade de cuidar da pessoa em sofrimento para além da intervenção clínica (ANDRADE *ET AL.*, 2013).

Os estudos sobre a comunicação no fim da vida têm incidido sobre a comunicação de más notícias, diagnóstico grave e prognósticos reservados (BALABAN, 2000; LARSON & TOBIN, 2000), comunicação sobre a futilidade de tratamentos de prolongamento da vida e a transição para cuidados paliativos (BROOM *ET AL.*, 2014) e a necessidade de

1 Nota da edição: adaptamos a grafia de algumas palavras ao português usado no Brasil.

estabelecer tempestivamente diretrizes avançadas de cuidado (ALMACK *ET AL.*, 2012; BACK *ET AL.*, 2008), bem como procurando o estabelecimento de indicadores para avaliação da efetividade e qualidade dessa comunicação (SINUFF *ET AL.*, 2015).

Não obstante o reconhecimento da sua importância e uma ampla literatura em seu torno, grande parte dos profissionais de saúde em Portugal continua a manifestar relutância em revelar um diagnóstico grave (GONÇALVES *ET AL.*, 2005), exprimindo dificuldades e necessidade de maior preparação para o fazer (GONÇALVES *ET AL.*, 2017), assemelhando-se ao que se verifica em outros contextos (BALABAN, 2000; LARSON & TOBIN, 2000; BROOM *ET AL.*, 2014; ALMACK *ET AL.*, 2012; BERGENHOLTZ *ET AL.*, 2019). Enquanto algumas das dificuldades são de caráter organizacional — como, por exemplo, a inadequação de espaços e horários em contexto hospitalar para a conversa do final de vida (BERGENHOLTZ *ET AL.*, 2019) —, outras relacionam-se com as próprias competências das(os) profissionais de saúde. Em contraste, as(os) profissionais de cuidados paliativos ocupam uma grande parte do seu tempo e atividade tratando de aspectos atinentes à comunicação no fim da vida, sendo esta uma das suas competências fundamentais e a base da construção da relação entre paciente e profissional (ANDRADE *ET AL.*, 2013).

Na prática, as conversas de fim de vida diferem entre contextos socioculturais (HILÁRIO, 2019; OLSON *ET AL.*, 2020), institucionais e mesmo entre especialidades profissionais (BERGENHOLTZ *ET AL.*, 2019). Alguns estudos revelam uma preponderância de temas clínicos relativamente aos pensamentos e desejos do paciente para a sua vida (BERGENHOLTZ *ET AL.*, 2019) ou aos aspectos sociais, psicológicos e espirituais de um cuidado holístico (MCNAMARA, 2004; JULIÃO *ET AL.*, 2021). No entanto, é também patente o reconhecimento das várias dimensões envolvidas na mesma, especialmente as que contemplam os aspetos relacionais e emocionais envolvidos (MARTINS *ET AL.*, 2021; MARTINS & BINET, 2020; OLSON *ET AL.*, 2020; CARTER, 2017; BROOM *ET AL.*, 2014; ANDRADE *ET AL.*, 2013).

Em trabalho anterior (MARTINS *ET AL.*, 2021) abordamos, exploratoriamente, a condução dessas conversas nos cuidados paliativos em Portugal, concluindo que se trata de um processo social complexo. Mais do que um único momento de conversa entre médica(o) e paciente, as conversas de final de vida desenrolam-se no tempo e envolvem amplo leque de intervenientes — paciente, familiares, profissionais de saúde, voluntários —, tornando-se visível a coordenação entre profissionais de saúde e outros trabalhadores

envolvidos na prestação de cuidados aos doentes, de forma a garantir a consistência da comunicação (idem). Além disso, as conversas de final de vida envolvem estratégias interacionais específicas devido à necessária abordagem do delicado tema da morte (MARTINS & BINET, 2020). Neste artigo, tendo por base material etnográfico sobre a prática de uma equipe intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos num hospital público em Portugal, desenvolveremos duas dimensões cruciais das conversas de final de vida: a temporalidade e a coordenação. Por fim, propomos uma definição do conceito de conversa de final de vida com foco no processo, contribuindo, por um lado, para a sua discussão teórica e, por outro, para a compreensão do trabalho em cuidados paliativos e seu constante enriquecimento.

## **1. METODOLOGIA**

Este artigo tem por base observação etnográfica e entrevistas a profissionais de saúde de uma equipe intra-hospitalar de cuidados paliativos de um hospital público da região de Lisboa, em Portugal, decorridos entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020, no âmbito do projeto Etic (PTDC/SOC-SOC/30092/2017), financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, Portugal. Da coleta de dados resultaram notas de campo, gravações áudio de reuniões de equipe e outras interações entre profissionais, bem como de telefonemas com pacientes e seus familiares e com outros profissionais de saúde da rede de cuidados paliativos.

O primeiro passo foi estabelecer alguns critérios básicos para identificar os dados relevantes presentes nas notas de campo e nas transcrições das gravações em áudio. Assim, procuramos conversas entre profissionais de saúde e pacientes e/ou seus familiares que incluíssem referências à evolução da sua condição de saúde, bem como da sua trajetória de final de vida, por exemplo relativamente a onde a(o) paciente viverá, com quem e em que condições, seja pela expressão de preferências ou de (im)possibilidades. Em seguida, identificamos os contextos, os intervenientes e os momentos em que ocorreram essas conversas. Por último, procuramos reconhecer padrões de atuação dos(as) profissionais de cuidados paliativos no âmbito dessas conversas para chegar a uma caracterização mais completa das mesmas.

## 2. CONTEXTO

A equipe intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos que acompanhamos durante o trabalho etnográfico integra um hospital para casos agudos de média dimensão na zona metropolitana de Lisboa.

Compunha-se, à data da etnografia, de uma enfermeira (coordenadora da equipe), uma médica coordenadora, um médico, uma assistente social, uma psicóloga e uma funcionária administrativa. A única profissional dedicada à equipe em tempo integral era a enfermeira, seguida do médico e, com pequena percentagem de tempo alocada à equipe, a assistente social, a psicóloga e a médica coordenadora. Por esse motivo, a maior parte das consultas e atendimentos (presenciais ou telefônicos) era assegurada pela enfermeira e pelo médico, que, regra geral, atendiam em conjunto, constituindo, por isso, a maioria das interações com pacientes e familiares que observamos. A assistente social garantia a provisão de apoios sociais ao paciente e família. A psicóloga tinha a seu cargo consultas de psicologia e consultas de luto e ainda consultas telefônicas de acompanhamento no luto. Caso necessário, e sempre que possível, tanto a assistente social quanto a psicóloga juntavam-se à enfermeira e ao médico em atendimentos conjuntos. O trabalho administrativo era assegurado pela funcionária dedicada a essa área.

A equipe se reunia semanalmente para atualização e discussão sobre os casos, bem como discussão de outros assuntos relacionados com o seu trabalho e o seu desempenho. O grupo de profissionais atendia pacientes em consulta ambulatorial e outros internados no hospital e articulava os cuidados, sempre que necessário ao longo da trajetória de final de vida das(os) pacientes, com outras equipes da Rede de Cuidados Paliativos, a saber, as equipes comunitárias de suporte em cuidados paliativos, que prestam cuidados no domicílio, e as unidades de cuidados paliativos que internam pacientes nas suas instalações.

## 3. CONVERSAS DE FINAL DE VIDA: UM PROCESSO SOCIAL COMPLEXO

### 3.1. A temporalidade

#### 3.1.1 Momentos preparatórios das e nas conversas de final de vida

Mais do que um único momento de interação, a conversa de final de vida desenrola-se ao longo do tempo, em diferentes momentos (MARTINS *ET AL.*, 2021; BERGENHOLTZ *ET AL.*, 2019). Um dos aspectos desta temporalidade específica é a

existência de momentos preparatórios que antecedem as conversas de final de vida (MARTINS ET AL., 2021; PINO ET AL., 2016). Os primeiros momentos preparatórios ocorrem entre profissionais, através da informação constante nos documentos de referência para cuidados paliativos. Na referência formal, a equipe médica assistente registra o que disse ao paciente e familiares. No entanto, a equipe intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos que observamos desenvolveu já uma relação próxima com vários médicos assistentes que, além da referência formal através do sistema informático hospitalar, informam a equipe em conversa presencial e telefônica sobre o(a) paciente e suas características, incluindo, entre outras informações, qual o seu estado emocional e o conhecimento que tem ou quer ter sobre a sua condição. Um desses médicos oncologistas fazia mesmo o processo inverso, conversando primeiro, de forma informal, com os colegas da equipe de cuidados paliativos e só depois fazendo a referência formal por via do sistema informático hospitalar. Num dos dias de observação etnográfica em que acompanhávamos a equipe de cuidados paliativos, esse médico pediu a sua intervenção junto do paciente Alberto<sup>2</sup>, que estava presente com a esposa e o filho. O médico e a enfermeira dirigiram-se, primeiro, ao gabinete de uma outra médica a quem o oncologista pediu para apresentar o caso aos seus colegas. Esta descreveu-lhes o diagnóstico, que era ainda incompleto, e referiu que o doente estava com dor descontrolada e tivera perda de autonomia considerável nas últimas semanas. O médico e a enfermeira de cuidados paliativos fizeram algumas perguntas sobre o grau de autonomia do paciente e os medicamentos que tomava e saíram decidindo marcar-lhe uma consulta paliativa que realizariam de imediato. Estavam no balcão administrativo para marcar a consulta quando o médico oncologista regressou e, em voz baixa, lhes disse que o paciente talvez precisasse de apoio social para aceder a uma cadeira de rodas, um colchão adequado, e, ainda, de apoio psicológico, uma vez que a filha falecera havia um ano com câncer de mama e, quando abordado o assunto em consulta, a família mostrara muita tristeza. Quando, minutos mais tarde, o médico e a enfermeira atenderam este paciente e a sua família, levavam já estas informações e, daí a pouco, surgiu a psicóloga da equipe, que participaria também do atendimento.

Além dos momentos preparatórios entre profissionais, as(os) profissionais de cuidados paliativos também preparam as conversas de final de vida junto das(os) pacientes e/ou seus familiares, fazendo-o tanto num momento anterior no qual não se fala

2 Este e todos os demais nomes de pacientes, familiares e profissionais são fictícios, de modo a garantir o anonimato dos(as) participantes.

diretamente dos temas do fim da vida, quanto no início de uma conversa de final de vida. Em qualquer dos casos, o objetivo das(os) profissionais é perceber o que devem abordar e como.

Em geral, pudemos observar que, na primeira interação da equipe de cuidados paliativos com doentes e familiares, as(os) profissionais abordaram sempre a atual condição de saúde da(o) doente, mas não forçosamente a sua evolução futura, ou seja, a aproximação do final de vida, a menos que solicitado ou sugerido, mesmo que sutilmente, pelas(os) doentes e/ou familiares. Além disso, num primeiro encontro, a enfermeira e o médico de cuidados paliativos procuravam também informar-se sobre o contexto de cuidado da(o) doente no sentido de perceber onde seria necessária a sua intervenção. A história do paciente Otávio ilustra bem um primeiro momento de contato com a equipe de cuidados paliativos no qual o tema do final de vida não teve lugar. No entanto, foi através dessa conversa que a enfermeira de cuidados paliativos percebeu o relativo desconhecimento da esposa do paciente sobre a sua condição de saúde, planejando, a partir daí, a sua ação. Otávio estava internado numa enfermaria do hospital com uma insuficiência cardíaca grave, e a equipe médica que o seguia convocou a ação da equipe de cuidados paliativos. Na sua conversa com a esposa do paciente, e tendo esta afirmado a sua vontade de cuidar do marido em casa, a enfermeira de cuidados paliativos apercebeu-se do seu desconhecimento sobre a gravidade da situação do marido. A enfermeira dirigiu-se à médica assistente e pediu que a equipe médica informasse Otávio e a esposa da sua condição. No dia seguinte, tendo tido informação de que a esposa do paciente estava agora a par da sua condição de saúde, a enfermeira de cuidados paliativos voltou a falar com ela, desta feita abordando explicitamente a trajetória futura de Otávio.

A mesma “estrutura temporal” caracteriza cada conversa de final de vida internamente, isto é, os momentos preparatórios ocorrem também em cada conversa. A preparação incide tanto no conteúdo quanto na forma, orientando-se no mesmo sentido: preparar a abordagem de um assunto delicado, de elevada intensidade emocional. Baseando-se na análise da conversa, Martins e Binet (2021) mostraram essa preparação através de microestratégias interacionais como o abrandamento do ritmo de fala, os silêncios e autointerrupções, bem como o ritmo e a (in)audibilidade da respiração, que comunicam uma atitude emocional aos interlocutores, que os faz antever o teor do tópico seguinte antes mesmo de o introduzir verbalmente (*idem*). Também recorrendo à análise da conversa de médicos experientes de cuidados paliativos, Pino *et al.* (2016, p. 5) concluíram

que a estratégia mais utilizada para introduzir o tema do fim de vida consiste em fazer “solicitações de elaboração” sobre algo que a(o) paciente e/ou familiar disse em momento anterior da consulta. Outras estratégias importantes são as perguntas exploratórias iniciais e ainda dicas ou sugestões de aspectos relacionados com o final de vida (idem). No contexto português, os profissionais referem-se a essa última estratégia como “tiros de aviso”, isto é, uma referência indireta, ou simplesmente vaga, ao tema da aproximação do fim da vida, com o objetivo de preparar a(o) paciente para o tema, que serve também para a(o) profissional compreender qual a informação que aquela(e) tem sobre a sua condição e qual a sua vontade ou capacidade para falar sobre o assunto naquele momento (MARTINS *ET AL.*, 2021). A observação etnográfica demonstrou, também, que as perguntas gerais sobre como se tem sentido, e outras, têm por objetivo não só compreender o estado atual da pessoa e quais as suas necessidades, como também estabelecer o ambiente adequado para a abordagem de questões mais delicadas.

### **3.1.2. Um processo não linear e imprevisível**

Apesar de se desenrolar no tempo e de podermos identificar momentos preparatórios que antecedem as conversas de final de vida, o processo não obedece a uma estrutura linear, antes decorre de acordo com a percepção dos(as) intervenientes sobre o que pode e precisa de ser falado em cada momento. Dessa forma, constitui um processo de acompanhamento de pacientes e familiares, ao longo do tempo, no qual surgem novas questões ou questões já abordadas que reafioram de outra ou da mesma forma. Isto é, os assuntos relevantes no fim da vida não ficam falados de uma vez. Isso acontece mesmo com as(os) pacientes que a equipe de cuidados paliativos seguiu durante vários meses ou mesmo desde o início do diagnóstico de uma doença grave. Por isso, também as conversas em cuidados paliativos são, em grande medida, eventos imprevisíveis. Uma conversa na qual o tema do fim de vida não está previsto pode, num *volte face*, ver surgir com premência temas delicados e/ou complexos, intensificando as emoções presentes e acionando todas as competências relacionais dos profissionais de cuidados paliativos. De fato, as(os) profissionais de cuidados paliativos estão preparados para esse tipo de “viragem”, prestando atenção a pequenos sinais que as(os) pacientes e/ou familiares podem dar da possibilidade, vontade ou necessidade de falar da aproximação do fim de vida. A primeira consulta a que assistimos com a paciente Viviana e o marido mostra um desses momentos, quando, em meio à conversa sobre o dia a dia, alimentação, e os sintomas físicos, o médico se apercebeu do desânimo de Viviana e, perguntando sobre ele, redirecionou a conversa

para o tema mais premente: a suspensão da quimioterapia e a conseqüente tristeza de Viviana.

Um aspecto importante dessa característica interna da conversa de final de vida é a possibilidade de operar uma transformação na(o) doente e/ou familiares no sentido do que as(os) profissionais chamam de “ajustamento de expectativas”. De fato, além de considerarem o princípio ético do direito do paciente à informação sobre a sua condição, as(os) profissionais almejam a que essa informação contribua para o ajustamento de expectativas de pacientes e dos seus familiares, que consideram um fator importante para a vivência adequada do fim da vida. Em entrevista, o médico da equipe intra-hospitalar de cuidados paliativos sublinhou a importância desse trabalho:

(...) como já disse, passa muito pelo trabalho de expectativas e dar ideias realistas do que é que temos à frente. Quando temos um doente que está em vias de falecer, se as pessoas tiverem essa noção, cabe-nos a nós trabalhar essas expectativas. Como é que isso se faz? Falamos das expectativas, falamos logicamente em qualidade de vida. Porque há outra coisa, à medida que nós vamos degradando, a qualidade de vida vai-se deteriorando. O que é que define qualidade de vida? (...) Qualidade de vida é quando temos um plano realista que conseguimos concretizar. A partir do momento em que entramos num domínio em que não temos esta dualidade equilibrada, perdemos a nossa qualidade de vida. E então, começamos a pensar que outros planos é que podemos alimentar ou que sementes podemos cultivar para que as pessoas depois persigam planos que sejam realistas, tanto para aquela pessoa como para aquele agregado. Um exemplo simples e muito claro é uma pessoa que deixa de andar. Que previamente a deixar de andar nunca poria em cima da mesa a hipótese de arranjar uma cadeira de rodas. Dizia “Não!” Ou um andarilho “Meu deus! Um andarilho! Uma cadeira de rodas, não. Cadeira de rodas é... é abaixo de cão!” Mas quando se veem naquela situação dizer “Mas por quê? Vai conseguir ficar com a sua família e vai conseguir não ficar com falta de ar.” E esta pequena gestão, que parece pequena, faz com que não só o doente como todo o agregado se adapte àquela situação, lá está, trabalhamos expectativas porque pouco a pouco a ver o declínio, as pessoas vão-se adaptando a todo este cenário, mas depois trabalham-se as expectativas, fazem as expectativas realistas para aquela situação, adaptam-se e voltamos a recuperar a qualidade de vida do doente.

Assim compreendemos, também, que a conversa de final de vida pode operar uma transformação “rápida” nas expectativas e nas atitudes e sentimentos da(o) doente e/ou familiares; isto é, no decorrer de uma conversa com a equipe de cuidados paliativos, a(o) paciente passar de um estado de relativa ignorância da sua condição e/ou convicto e

desejoso de prosseguir tratamentos e de se curar, para a compreensão (e possivelmente aceitação) da aproximação do fim da vida. No entanto, importa clarificar que esse ajustamento “rápido” das expectativas não descreve a maioria dos casos, havendo muitos em que o processo de ajustamento de expectativas é lento ou não chega a fazer-se de todo. É importante ressaltar também que a rapidez não é um objetivo dos profissionais. Porém, acontece com frequência a equipe de cuidados paliativos deparar-se com pacientes em situação muito grave quando do primeiro contato, não deixando muito tempo para várias conversas e impondo uma condensação do processo numa mesma conversa. Isto acontece devido à referenciação tardia para cuidados paliativos, à deficiente comunicação entre doentes e familiares e as equipes médicas assistentes, bem como ao fato de estarem integrados num hospital dedicado a situações agudas.

O primeiro atendimento do médico e enfermeira de cuidados paliativos com o paciente Dário mostrou-nos claramente essa dinâmica. Respondendo à pergunta do médico sobre como se sentia, Dário começou por responder que vomitara e que se sentira desanimado, mas que, então, estava com maior confiança e pensava em recomeçar a fisioterapia; dentro do desânimo, sentia-se mais animado. O médico respondeu que era necessário reconhecermos os nossos limites e que iriam concentrar-se na recuperação atual. A mudança em Dário foi observável. Anuiu e disse que compreendia, que precisamos de fazer o que podemos em cada momento. Mais tarde, no mesmo dia, quando o médico e a enfermeira se dirigiram de novo ao seu quarto para falar com Dário e com o seu filho, Dário falou de forma inequívoca sobre a mudança na sua percepção da sua situação. Transcrevemos um trecho das notas de campo que o demonstra:

A enfermeira dirigiu-se ao senhor Dário, ficou ao lado direito dele e deu-lhe a mão enquanto conversava com ele. Ele disse-lhe que já disse ao filho que tem poucas hipóteses. Contou à enfermeira que já disse ao doutor que é melhor fazermos agora o que podemos do que estar a pôr grandes coisas para o futuro. Podia querer fazer duzentas marchas, mas se calhar só vai conseguir fazer cinco. “Ou duas” disse a enfermeira. E o médico repetiu “ou duas”. Dário disse que ela é muito compreensiva. Ela disse que todos são. E que estão sempre aqui. E acrescentou que ele é um doente fácil. Dário disse que só não era quando tinha estado confuso, mas agora tinha uma nova lucidez. (BRÁS, 2019).

É importante notar, porém, que a consciência da aproximação da morte e a sua referência mais ou menos explícita, sendo de extrema importância nos cuidados paliativos, não são sua condição *sine qua non*. Acima do princípio de informar o doente sobre a sua condição de saúde está o princípio da vontade do doente. Assim, se um(a) paciente não

pretender falar sobre a sua condição de saúde e/ou prognóstico, as(os) profissionais respeitam esse pedido. Presenciamos raras situações desse tipo. Numa delas, a enfermeira fora ao quarto de hospital onde estava uma senhora idosa deitada na sua cama com os olhos fechados. À aproximação da enfermeira e à sua saudação, a paciente levantou os braços e virou-se ficando quase de costas. A enfermeira tentou encetar uma conversa, mas a paciente continuava a mexer os braços para cima e em frente da cara e a enfermeira decidiu sair. Momentos depois, a enfermeira dirigiu-se à equipe médica da enfermaria e contou o que se passara. Um dos médicos disse que haviam perguntado naquele dia sobre os seus netos e ela respondera e falara de coisas da vida dela. O médico responsável afirmou que ela não queria falar da sua doença, não queria saber o que tinha, mas se o assunto fosse outro ela conversava. E acrescentaram que, talvez por isso, ela fechava os olhos quando alguém se aproximava.

De igual modo, as(os) profissionais respeitam a vontade da(o) doente de falar sobre a sua condição, logo que o decida. Como vimos, o processo não é linear, e o seu desenrolar no tempo permite a um(a) paciente mudar de ideias e expressar vontade de falar sobre algum tema que tenha recusado anteriormente e vice-versa. Camila, uma senhora idosa que vivia num apartamento situado um andar abaixo do da irmã, trancava-lhe a porta para que ela não pudesse visitá-la, e começou por recusar cuidados paliativos. Ao tempo do nosso trabalho de campo, porém, os profissionais relataram que ela adorava agora a sua cuidadora bem como elogiava entusiasticamente o trabalho dos profissionais da equipe de cuidados paliativos, o que resultara tanto num aumento da sua qualidade de vida quanto da qualidade de vida da sua irmã.

Outra forma de abordar o tema do fim da vida que presenciamos foi a do que podemos chamar “eufemismo”. A paciente Irina referia-se à consulta de paliativos como a consulta da dor, e de fato fora dessa forma que a sua médica oncologista a referenciara para essa equipe. O principal tema das suas consultas foi sempre a dor. No entanto, numa das consultas, Irina expressou explicitamente, e por iniciativa própria, a sua vontade de ser sedada caso fosse necessário ser internada quando estivesse a morrer, porque não queria saber que estava a morrer no hospital. Quando, mais tarde, a psicóloga da equipe de cuidados paliativos nos relatou que, nas consultas de Psicologia, Irina tinha enorme dificuldade em falar do fim da vida, parecendo não aceitar a situação, compreendemos a importância de todo o ambiente criado nas consultas da dor para que ali ela expressasse a sua preferência quanto à forma de morrer.

Essas situações mostram a capacidade de as(os) profissionais se adaptarem a cada paciente e familiar, que Olson et al. (2020, p. 7) denominaram de “trabalho emocionalmente reflexivo”. De fato, outros estudos corroboram que as necessidades quanto à comunicação no fim da vida diferem muito de paciente para paciente e de familiar para familiar (BERGENHOLTZ *ET AL.*, 2020; GERBER *ET AL.*, 2020; OLSON *ET AL.*, 2020). No já referido estudo de Gonçalves *et al.* (2005), as entrevistas com as(os) pacientes revelaram que o principal problema de comunicação não era a revelação de informação sobre a sua condição de saúde, mas a sua não correspondência com a vontade/necessidade dos pacientes, havendo pacientes que foram informados e não o pretendiam e vice-versa (GONÇALVES *ET AL.*, 2005). Numa etnografia em unidades de cuidados paliativos portuguesas, Hilário (2019) observou que para alguns pacientes e familiares a revelação da aproximação do fim da vida trouxera efeitos muito negativos na qualidade de vida de pacientes e familiares, justificando o pedido aos profissionais para a não revelação dessa informação (*idem*). Para a autora (HILÁRIO, 2019, p. 5), tais preferências constituem estratégias válidas de lidar com o sofrimento e relacionam-se com a “natureza familiar da sociedade portuguesa<sup>3</sup>” na qual familiares e pacientes procuram proteger-se mutuamente dos efeitos negativos do conhecimento da aproximação do fim da vida e cultivar a esperança.

Ocorrem também situações em que pacientes e familiares diferem nas suas preferências quanto à comunicação no fim da vida. Apesar de surgirem com relevo nas entrevistas com as(os) profissionais, apenas uma situação ocorreu ao tempo da etnografia. Soubemos dela através do relato em reunião da equipe de cuidados paliativos. A esposa do paciente Inácio expressara o seu desagrado à enfermeira por considerar que as profissionais da equipe haviam falado do que não deviam, isto é, haviam contado a Inácio do diagnóstico de doença grave recentemente recebido pela sua filha, e que a esposa lhe queria esconder. Por seu turno, as profissionais ou não tinham falado de tudo sobre o assunto ou haviam falado com ela no quarto de Inácio, não se apercebendo do seu desejo de esconder tal informação. Entretanto, ficou implícito que procurariam respeitar o desejo da esposa, uma vez que o paciente também não falava do assunto com elas.

Como vimos, e como relataram em entrevista, as(os) profissionais agem cuidadosamente com o objetivo de, por um lado, respeitar o princípio ético fundamental da vontade da(o) paciente, e, por outro, compatibilizá-lo o mais possível com o bem-estar

3. Nossa tradução. No original “familial nature of Portuguese society”.

das(os) familiares, uma vez que também eles são participantes do cuidado no fim da vida e, de certa forma, recipientes de cuidado também (MONTEIRO & BRÁS, 2020).

#### 4.2. A coordenação

As conversas de final de vida desenrolam-se em diferentes momentos, mas também por parte de diferentes profissionais de saúde de forma coordenada, e não apenas pelo/a médico(a) (MARTINS *ET AL.*, 2021). Essa coordenação assenta, em grande medida, na comunicação entre profissionais de saúde, ocorrendo em diversas circunstâncias: através do que escrevem nos registos do sistema informático do hospital, no processo de referenciação para cuidados paliativos e também em conversas informais imediatamente antes de uma consulta e durante as reuniões semanais de equipe. As(os) profissionais coordenam ainda a sua participação nas conversas de final de vida durante as próprias conversas, quando, de forma mais ou menos orgânica, distribuem e articulam entre si diferentes ações e conteúdos. Essa fluidez deve-se às competências dos profissionais, mas também à experiência de trabalho conjunto, como expresso pela enfermeira da equipe que observamos:

(...) eu acho que quem faz cuidados paliativos, quem gosta do que faz, trabalha da mesma maneira. E desde o primeiro momento que nós começamos a trabalhar juntos entendíamo-nos por um simples olhar, cada um sabe quando é que fala o outro (...) nós percebemos quando é que um doente prefere falar com o Francisco [médico da equipe de cuidados paliativos] ou comigo; nós percebemos quando é que uns familiares se dirigem mais pra mim ou mais pra ele.

A história de Viviana é especialmente ilustrativa dessas dinâmicas de coordenação. Viviana era atendida no departamento de Oncologia do hospital e pela equipe intra-hospitalar de cuidados paliativos havia vários meses. Na primeira consulta a que assistimos, enquanto a enfermeira perguntava a Viviana como tinha estado e ouvia as suas respostas e as do marido, o médico lia o processo no computador. Ao ver o desânimo de Viviana, ele perguntou-lhe se estava triste e se era devido à suspensão de quimioterapia que a médica oncologista determinara alguns dias antes. Viviana acenou que sim. O médico e a enfermeira redirecionaram a conversa no sentido de identificar as coisas que Viviana gostava de fazer e queria fazer naquele momento da sua vida. No fim, a enfermeira perguntou aonde iam e ela própria levou Viviana na cadeira de rodas para o setor de análises. O marido de Viviana ficou para trás, e o médico encetou com ele uma conversa

dizendo: “Vou contar-lhe as coisas como elas são”. Justificou a opção por parar quimioterapia como aquela que garantia melhor qualidade de vida a Viviana e até, possivelmente, mais tempo de vida. O marido chorou. Quando a enfermeira voltou, sentou-se com eles e procurou um lenço de papel, que deu ao marido de Viviana. Depois ele retirou-se, ficando ainda no mesmo setor. O médico voltou a dirigir-se a ele, lentamente, para conversar, desta feita os dois a sós. Neste primeiro momento, identificamos, portanto, a coordenação entre os dois profissionais intervenientes na consulta de cuidados paliativos, a enfermeira e o médico, tanto nas suas falas quanto na sua presença alternada e em conjunto. Daí a nove dias, Viviana e o marido voltaram ao hospital. A consulta de Oncologia decorreu primeiro; depois, a médica oncologista encontrou-se com o médico e a enfermeira de cuidados paliativos. Ambos os médicos declararam a gravidade do estado de saúde de Viviana. Viviana exprimira, desde o início do seu tratamento, vontade de permanecer em casa. No entanto, a equipe de cuidados paliativos no domicílio não cobria a sua área de residência e, por isso, os profissionais consideravam difícil que Viviana permanecesse em casa e queriam evitar que falecesse nas urgências do hospital quando a sua condição se agravasse. O médico de cuidados paliativos declarou que a melhor opção seria referenciá-la para uma unidade de cuidados paliativos. A médica oncologista relatou que explicara a Viviana a suspensão de quimioterapia e que lhe prescrevera uma hidratação para “ganhar tempo” e dar aos profissionais de cuidados paliativos uma oportunidade de falar com o marido de Viviana. Enquanto ela estava na sala de tratamentos, os profissionais procuraram-no e conversaram com ele no sentido de referenciar Viviana para uma unidade de cuidados paliativos. O marido de Viviana disse que tinha dificuldade em falar com ela sobre o assunto por recear que ela perdesse o ânimo. O médico queria saber se a resistência em ir para uma unidade de cuidados paliativos era sobretudo do marido, se ele estaria com dificuldade em aceitar a situação, e sublinhou que, numa unidade de cuidados paliativos, ele poderia pernoitar e estar próximo de Viviana e ser apenas o marido, e não o cuidador, o que seria muito importante para ambos naquele momento. O marido de Viviana falou de uma pessoa que estava no seu país de origem, e o médico afirmou que, se havia alguém que Viviana quisesse ver, era aquele o momento de chamar essa pessoa. Algum tempo depois, o médico e a enfermeira dirigiram-se à sala de tratamentos onde Viviana recebia soro e onde se encontrava com o marido. Ele saiu, e eles falaram com ela. Quando saíram, o médico contou ao marido de Viviana que falaram com ela sobre a ida para uma unidade de cuidados paliativos e ela queria, ainda, falar com as filhas para decidir. Depois, o marido entrou e saiu com ela. Vendo-a triste, o médico

manifestou empatia e apoio emocional a Viviana, que chorou. Seguiram ambos com o médico para um gabinete de atendimento, onde ele se inteirou dos sintomas de Viviana, prescreveu medicamentos, recomendou alguns ajustamentos na dosagem e manifestou o seu apoio e disponibilidade. Daí a uma semana, Viviana deu entrada nas urgências, e a equipe de cuidados paliativos fez o atendimento em conjunto com a equipe de urgência. Viviana ficou internada e veio a falecer dois dias depois, após ter recebido os familiares mais próximos, incluindo o irmão que viajou do seu país de origem e que ela desejava ver antes de morrer. Nesse segundo momento, percebemos o trabalho de coordenação entre os profissionais de cuidados paliativos e a médica oncologista no sentido de facilitar a comunicação com a paciente e o marido e também facilitando a comunicação entre eles, uma vez que o marido relatara dificuldade em abordar o tema com Viviana.

Como vimos, o crescente reconhecimento das competências dos profissionais de cuidados paliativos (MARTINS, 2014) leva a que essa coordenação ocorra com outros profissionais de saúde do hospital, como as(os) médicas(os) assistentes ou as(os) enfermeiras(os). Alguns dos médicos assistentes, especialmente oncologistas e hemato-oncologistas, estão presentes e partilham as consultas com os profissionais de paliativos, garantindo uma continuidade do acompanhamento entre as consultas com o médico assistente e as consultas de cuidados paliativos. Além disso, as(os) hemato-oncologistas, como nos informou a enfermeira e pudemos observar, pediam, com frequência, a ajuda dos profissionais de cuidados paliativos na comunicação de más notícias, estando presentes e articulando sentidos e cuidados na mesma consulta.

Os momentos de descoordenação são também ilustrativos da importância da coordenação no processo. Assim, por exemplo, a impossibilidade de presença simultânea dos vários elementos da equipe dada a alocação muito reduzida da assistente social e da psicóloga gerava descompassos com consequências por vezes negativas. O caso do senhor Cosme é bastante ilustrativo. Cosme deu entrada nas urgências onde recebia oxigênio e tratamento para reduzir um edema nas pernas, quando o médico e a enfermeira da equipe o foram ver. Antes de o verem, porém, receberam informação da equipe das urgências de que a família se recusara a levá-lo para casa, estando ele já com alta, e que a filha pedira para falar com a equipe de cuidados paliativos. Esta comunicou ao médico que recusara levar o pai para casa porque, no dia seguinte, ele tinha marcada uma consulta de cuidados paliativos e não fazia sentido andar com ele de um lado para o outro. Na conversa, o médico ficou a saber que Cosme residia sozinho numa área da cidade enquanto a filha

morava noutra área. Ter um cuidador sempre presente é uma condição para receber a equipe de cuidados paliativos no domicílio, o que impossibilitava Cosme de a receber na sua casa, e na área da filha não existia equipe comunitária de cuidados paliativos. Apresentada esta situação na reunião de equipe, os profissionais pareciam estar perante um beco sem saída quanto à alta do paciente. O médico pediu então à assistente social para falar com a filha de Cosme, o que ela fez nessa tarde. A sua interação perturbou tanto a assistente social quanto a filha do paciente e a sua madrinha, que a investigadora encontrou, pouco depois, na escada do hospital e a quem contaram o sucedido. A filha de Cosme acusara a assistente social e o hospital de não quererem fazer nada pelo seu pai, estando ele em estado grave e quase a morrer, e recusara aceitar a explicação da assistente social de que, segundo o médico, não era ainda o momento de referenciar o seu pai para uma unidade de cuidados paliativos. No dia seguinte, em conversa com os investigadores, a assistente social referiu que, vendo a situação com mais distância, considerava que não deveria ter comunicado informação médica às familiares do paciente, pois essa é uma atribuição do médico. Nos dias seguintes, o paciente de fato piorou, e o médico não cogitou mais a hipótese de ele sair do hospital.

#### **4. CONCLUSÃO**

A maior parte dos estudos sobre conversa de final de vida parece pressupor que esse seja um conceito autoevidente, não carecendo, por isso, de discussão e definição conceitual. Os que o fazem focam-se no conteúdo, como Pino et al. (2016, p. 3), que trabalharam com a definição de conversa de final de vida como “conversa que os participantes observadamente tratam como focada na perspectiva de degradação e morte do paciente”, e Sinuff *et al.* (2015, p. 1071-1072), que avançaram com a seguinte definição de comunicação e decisão no fim da vida:

é uma interação clínica, que inclui a discussão da morte e do morrer como parte da progressão da doença ou um resultado potencial apesar de esforços de tratamento. Não se limita aos últimos estágios do morrer e inclui discussões sobre cuidado com pacientes que têm doenças crônicas assim como discussões com pessoas saudáveis que planeiam o cuidado relacionado com doenças inesperadas.

Tais conceituações definem claramente o âmbito das conversas de final de vida, mas dizem pouco sobre o seu *processo*. Aqui reside a especificidade do nosso contributo. Definimos a conversa de final de vida como um processo social complexo e estruturado, tanto em termos temporais, quanto de coordenação profissional, que, não obstante,

reconhece a sua imprevisibilidade e assume, por isso, um carácter flexível. Dito de outra forma, a conversa de final de vida é um processo social complexo, composto por momentos preparatórios (MARTINS *ET AL.*, 2021; MARTINS & BINET, 2020) e momentos de comunicação sobre o fim da vida entre profissionais e pacientes e seus familiares, nos quais é essencial a coordenação de diversos profissionais de saúde, e nos quais os intervenientes discutem uma panóplia de temas relevantes para a(o) paciente e as(os) que lhe são próximos, segundo padrões interacionais muito específicos, que se relacionam tanto com a especificidade do contexto relacional e institucional da prestação de cuidados de saúde, quanto com a sensibilidade dos conteúdos abordados. Além disso, os intervenientes admitem avanços, recuos e mudanças imprevistas tanto na qualidade das relações estabelecidas, quanto no tipo e grau de informação e decisão conjunta que as(os) intervenientes partilham. Essa flexibilidade responde, por seu turno, à complexidade das trajetórias de final de vida das(os) pacientes (GLASER & STRAUSS, 2007) e seus familiares (MONTEIRO & BRÁS, 2020), tanto em termos clínicos, quanto institucionais, relacionais, emocionais e espirituais.

Na medida em que tal processo permite aos profissionais *reconhecer* cada paciente enquanto ser único “e identificar as necessidades do doente, incluídas eventualmente as mais subjectivas, mas também valorizá-las, pelo próprio facto de lhes dar atenção e agir em conformidade” (MARTINS, 2010, p. 190-191), permite também realizar o princípio ético de cuidar de acordo com a vontade da(o) paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMACK, Kathryn; COX, Karen; MOGHADDAM, Nima; POLLOCK, Kristian; SEYMOUR, Jane. (2012). After you: conversations between patients and healthcare professionals in planning end of life care. *BMC Palliative Care*, 11: 15.

ANDRADE, Cristiani; COSTA, Solange; LOPES, Maria. (2013). Cuidados Paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (9): 2523-2530.

BACK, Anthony; ANDERSON, Wendy; BUNCH, Lynn; MARR, Lisa; WALLACE, James; YANG, Holly; ARNOLD, Robert. (2008). Communication about cancer near the end of life. *Cancer*, 113(7 suppl): 1897-910.

BALABAN, Richard. 2000. A physician's guide to talking about end-of-life care. *Journal of General Internal Medicine*, 15:195-200.

BERGENHOLTZ, Heidi; TIMM, Helle; MISSEL, Malene. (2019). Talking about end of life care in general palliative care – what's going on? A qualitative study on end-of-life conversations in an acute care hospital in Denmark. *BMC Palliative Care*, 18: 62.

BERGENHOLTZ, Heidi; MISSEL, Malene; TIMM, Helle. (2020). Talking about death and dying in a hospital setting - a qualitative study of the wishes for end-of-life conversations from the perspective of patients and spouses. *BMC Palliative Care*, 19:168.

BRÁS. Oriana Rainho. (2019). Excerto do Diário de Campo de Oriana Rainho Brás, 23 de outubro de 2019.

BRINKMANN-STOPPELENBURG, Arianne; RIETJENS, Judith; VAN DER HEIDE, Agnes. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliative Medicine*, 28 (8): 1000-1025.

BROOM, Alex; KIRBY, Emma; GOOD, Phillip; WOOTTON, Julia; ADAMS, Jon. (2014). The troubles of telling: managing communication about the end of life. *Qualitative Health Research*, 24 (2); 151-162.

CARTER, C. (2017). How do healthcare practitioners talk about end-of-life conversations? A poetic inquiry. *Journal of Research in Nursing*, 22(6-7): 494-505.

GERBER, Katrin; LEMMON, Christel; WILLIAMS, Sue; WATT, James; PANAYIOTOU, Anita; BATCHELOR, Frances; HAYES, Barbara; BRIJNATH, Bianca. (2020). "There for me": a qualitative study of family communication and decision-making in end-of-life care for older people. *Progress in Palliative Care*. Published online May 30. <https://doi.org/10.1080/09699260.2020.1767437>.

DETERING, Karen; HANCOCK, Andrew; READE, Michael; SILVESTER, William. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*, 340: c1345.

Glaser, Barney. & Strauss, Anselm. (2007). *Time for dying*. New Jersey: Aldine Transaction.

GONÇALVES, Ferraz; MARQUES, Ágata; ROCHA, Sónia; LEITÃO, Pedro; MESQUITA, Teresa; MOUTINHO Susana. (2005). Breaking bad news: experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese oncology centre. *Palliative Medicine*, 19: 526-531.

GONÇALVES, Ferraz; ALMEIDA, Carla; AMORIM, Joana; BALTASAR, Rita; BATISTA, Joana; BORRERO, Yusianmar; FALLÉ, João; FARIA, Igor; HENRIQUES, Manuel; MAIA, Helena; FERNANDES, Teresa; MOREIRA, Mariana; NEVES, Camila; RIBEIRO, Ana; SANTOS, Ana; SILVA, Filipa; SOARES, Susana; SOUSA, Cristina; VICENTE, Joana; XAVIER, Rita. (2017). Family physicians' opinions on and difficulties with breaking bad news. *Porto Biomedical Journal*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pbj.2017.04.004>

HILÁRIO, A.P. (2019). Preferences around the disclosure of dying: a vision from Portuguese society. *Palliative and Supportive Care*, 1-6.

JULIÃO, Miguel; SOBRAL, Maria; CALÇADA, Paula; ANTUNES, Bárbara; NUNES, Baltasar; BRAGANÇA, Ana; RUNA, Daniela; DE SOUSA, Paulo; CHOCHINOV, Harvey; BRUERA, Eduardo. (2021). "Truly holistic?" Differences in documenting physical and psychosocial needs and hope in Portuguese palliative patients. *Palliative and Supportive Care*, 19(1): 69-74.

LARSON, Dale; TOBIN, Daniel. (2000). End-of-life conversations: evolving practice and theory. *JAMA*, 284(12): 1573-1578.

MCNAMARA, Beverly. (2004). Good enough death: autonomy and choice in Australian palliative care. *Social Science and Medicine*, 58: 929-938.

MARTINS, Alexandre. (2010). *A medicina paliativa como medicina de proximidade. Suspensão dos julgamentos gerais e ação médica em regime de familiaridade*. Tese de doutoramento em Sociologia. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

MARTINS, Alexandre. (2014). *Medicina paliativa: uma abordagem sociológica*. Lisboa: Esfera do Caos Editores.

MARTINS, Alexandre; BINET, Michel. (2020). Introduzir o tópico “trajetória de fim de vida” na interação conversacional com doentes paliativos e seus familiares: as microestratégias dos profissionais de saúde. *Terceiro Milênio: Revista Crítica de Sociologia e Política*, 14(1): 71-101.

MARTINS, Alexandre; BINET, Michel; MONTEIRO, David; BRÁS, Oriana. (2021). Preparing end-of-life talks in palliative care: exploratory remarks on a social process. *Sociological Research Online*, 1-15.

MONTEIRO, David; BRÁS, Oriana. (2020). Entre a vida e a morte. Travessias conjuntas de doentes, familiares e profissionais de cuidados paliativos. *Terceiro Milênio: Revista Crítica de Sociologia e Política*, 14(1): 103-127.

OLSON, Rebecca; SMITH, Alexandra; GOOD, Phillip; NEATE, Emily; HUGHES, Cody; HARDY, Janet. (2020). Emotionally reflexive labour in end-of-life communication. *Social Science and Medicine*, 112928. Online 14 de Março 2020. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112928>

PINO, Marco; PARRY, Ruth; LAND, Victoria; FAULL, Christina; FEATHERS, Luke.; SEYMOUR, Jane. (2016). Engaging terminally ill patients in end of life talk: how experienced palliative medicine doctors navigate the dilemma of promoting discussions about dying. *PLOS One* 11(5): e0156174.

SINUFF, Tasnim.; DODEK, Peter; YOU, John; BARWICH, Doris; TAYLER, Carolyn; DOWNAR, James; HARTWICK, Michael; FRANK, Christopher; STELFOX, Henry; HEYLAND, Daren. (2015). Improving end-of-life communication and decision-making: the development of a conceptual framework and quality indicators. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(6): 1070-1079.

ZHANG, Baohui; WRIGHT, Alexi; HUSKAMP, Haiden; NILSSON, Matthew; MACIEJEWSKI, Matthew; EARLE, Craig; BLOCK, Susan; MACIEJEWSKI, Paul; PRIGERSON, Holly. (2009). Health Care Costs in the Last Week of Life Associations With End-of-Life Conversations. *Archives of Internal Medicine*, 169(5):480-488.

#### **Oriana Rainho Brás**

Doutora em Sociologia. CICS.NOVA Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

#### **Alexandre Cotovio Martins**

Doutor em Sociologia. Instituto Politécnico de Portalegre. CICS.NOVA Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.