



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO

PRÓ-REITORIA ACADÊMICA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

DANIELLE DE ANDRADE PITANGA

**VELHICE, ADOECIMENTO E MORTE:
UMA ESTILÍSTICA DA EXISTÊNCIA**

Recife

2017

DANIELLE DE ANDRADE PITANGA

**VELHICE, ADOECIMENTO E MORTE:
UMA ESTILÍSTICA DA EXISTÊNCIA**

Tese apresentada ao Doutorado em Psicologia Clínica do Programa de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica.

Linha de Pesquisa: Família, Gênero e Interação Social.

Orientadora: Professora Dra. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas.

Recife

2017

P681v Pitanga, Danielle de Andrade
Velhice, adoecimento e morte: uma estilística da
existência / Danielle de Andrade Pitanga, 2017.
202 f.

Orientador: Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas
Tese (Doutorado) - Universidade Católica de
Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia.
Doutorado em Psicologia Clínica, 2017.

1. Envelhecimento - Aspectos psicológicos. 2. Morte - Aspectos
psicológicos. 3. Idosos - Doenças - Aspectos psicológicos. I. Título.

CDU 159.922.6

Ficha catalográfica elaborada por Catarina Maria Drahomiro Duarte - CRB
4/463

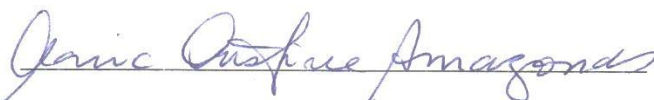
Nome: Danielle de Andrade Pitanga

Título: Velhice, adoecimento e morte: uma estilística da existência.

Tese apresentada à Universidade Católica de Pernambuco como requisito para obtenção do grau de Doutor em Psicologia Clínica.

Aprovada em

Banca examinadora



Prof.^a. Dr.^a. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas (UNICAP – orientadora)



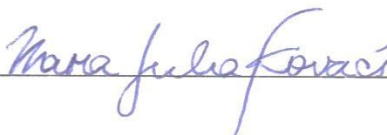
Prof.^a. Dr.^a. Ana Lúcia Francisco (UNICAP)



Prof.^a. Dr.^a. Maria Lúcia Gurgel da Costa (UFPE)



Prof. Dr. Ricardo Delgado Marques de Lima (UNICAP)



Prof.^a. Dra. Maria Júlia Kovács (USP)

Dedico esta tese a Gustavinho,

Que a busca incessante pelo saber seja uma constante na sua vida.

*Deus me concedeu a graça de te dar à vida e ser tua Mãe. És a luz que me guia;
Carreguei-te em meu ventre oito meses... Nasceste, cortaram o cordão umbilical;
Cuidei, acalentei, acarinhei, brinquei, ensinei, acertei e erre... Te aninhaste em mim.
És e para sempre serás meu filho pequenininho, mas que tão depressa cresce;
“Meu Favinho”, te aconchegar no colo, afaga meu coração.
Filho muito amado; que cuida de mim com tanto amor e carinho,
Ama teus pais incondicionalmente;
Adora brincar com os amigos, aprender coisas novas,
Agitado, inquieto, alegre, ansioso, curioso, sorridente, perspicaz, inteligente,
Observador, questionador, sensível, desafiador e emotivo.
Gosta de escrever, de ouvir música, contar histórias, conversar, desenhar, colorir, fazer
contas, ir ao cinema, viajar, jogar futebol e de jogos eletrônicos;
Pinta o sete, o oito e o nove... É muito traquino e danado.
Fico tão orgulhosa com tuas conquistas e quando superas as dificuldades,
Sempre tens um mundo de perguntas, dúvidas, questionamentos e até respostas prontas.
Muito ainda tens a viver e a aprender,
Coisas a subtrair, adicionar, multiplicar e dividir.
Saiba que estarei sempre ao seu lado para te orientar, apoiar, incentivar, ensinar,
E também para aprender e muito com você.
Contarás sempre com meu apoio e amor incondicional.
Meu tesouro, meu filho querido que tanto amo.
Que me cobre de alegria, cuida de mim e me preenche de muito amor no dia a dia.
Estarás para sempre... Sempre guardado em meu coração.
Desconheço qual será teu destino, mas por onde caminhares,
Levarás meu coração que pulsa junto ao teu,
És minha extensão; um pedacinho de mim. Amor sem fim. Te amo!
Tua mamãe.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus pela vida e por me conceder discernimento no enfrentamento desta árdua jornada de desafio e construção, que é um Doutorado. Empreendimento realizado com bastante esforço, determinação, acompanhado pela luz divina. O suporte religioso me dá sustentação e conforto, sobretudo, nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais (in memoriam) pelo legado da educação, amor e valores transmitidos. Conviveram comigo numa breve passagem, partiram, deixaram saudade e muito de si mesmos em mim, mas também levaram algo de mim com eles. Que imensa falta vocês me fazem na vida. Presença ausente que ultrapassa os limites da distância. Seja lá de onde estiverem, junto a Papai do céu e dos anjos, sei que estão orgulhosos por este trabalho por mim realizado. Amo-os incondicionalmente.

Ao meu esposo Gustavo, namorado, noivo, companheiro, parceiro, amigo, amor da minha vida. Lá se vão 18 anos juntos, construímos uma linda história calcada em muito amor, respeito, carinho e afeto. A Gustavinho, meu filho muito sabido, é uma criança encantadora que me enche de orgulho. Agradeço, especialmente, a ambos, pela compreensão nas minhas ausências, irritações, pelo apoio e por cuidarem de mim com tanto amor. A Bernardo, bebezinho tão desejado que carrego no aconchego de meu ventre e chegará para trazer muitas felicidades e fortalecer nosso amor. Obrigada, Senhor, pela dádiva concedida. Que Deus abençoe abundantemente nosso anjinho e nossas vidas. Amo minha família maravilhosa.

Ao meu irmão Marcelo, com quem divido alegrias e angústias. Nossos pais nos legaram o incentivo e dedicação aos estudos e nos incutiram a busca incessante pelo saber.

À minha orientadora Cristina Amazonas pelo acolhimento caloroso e abertura carinhosa ao ter-me aceitado como sua orientanda. Gratidão por me proporcionar a liberdade de construção desta tese, demonstrando confiança. Entregou-me a difícil tarefa do diálogo com Foucault. Instigou-me ao pensamento crítico. Espero, humildemente, ter correspondido às suas expectativas. Mulher de fibra, guerreira, mãe

carinhosa, avó dedicada e profissional destacada. Obrigada pelo convívio, laço de amizade, pelo cuidado e partilhas nesses anos de doutoramento.

Ao Prof. Zeferino Rocha (in memorian) por quem tenho um profundo respeito, admiração e imensa gratidão. Agradeço de modo singular a parceria construída como orientador no Mestrado. Aprendi a admirar inúmeras qualidades, mas principalmente, destaco sua postura humilde e generosa. Sempre tive fascínio pelas palavras escritas, talvez pela capacidade do sentir ainda enquanto uma poesia desordenada se fazer exprimir em forma de texto. Assim é que penso a arte. Despertaste este dom poético em mim adormecido e me ensinaste um pouco a fazer dos trabalhos acadêmicos e, sobretudo, da vida, uma verdadeira obra de arte. Foi uma imensa honra e orgulho tê-lo por perto como examinador na Qualificação do Doutorado. Quis o destino que não estivéssemos juntos, ao final deste percurso. Lamento profundamente.

À estimada profa. Ana Lúcia Francisco por quem cultivo um imenso carinho, respeito e admiração profissional.

Ao prof. Ricardo Marques com quem muito aprendi nas discussões sobre Foucault e pelas contribuições valorosas neste trabalho.

À profa. Maria Lúcia Gurgel da Costa pelo aceite do convite para participar da banca examinadora.

À profa. Maria Júlia Kovács por quem tenho muita admiração. Seus escritos sobre tanatologia, luto, bioética nas questões de vida e morte são para mim fonte inesgotável de inspiração. Sinto-me lisonjeada por tê-la como examinadora.

Ao prof. Fernando José Castim Pimentel pela rigorosa revisão do texto.

A todos os funcionários e aos professores do programa de pós-graduação em Psicologia Clínica da Unicap que contribuíram para enriquecer meus conhecimentos.

Um agradecimento, de modo bastante carinhoso e afetuoso, às amigas de turma Gil e Nanda, grandes companheiras de jornada. Nossas partilhas e laços sinceros de amizade construídos ultrapassaram os muros acadêmicos. A presença, o apoio e carinho de vocês foram imprescindíveis para tornar a concretização deste sonho possível.

A todos os colegas do grupo de pesquisa e estudos foucaultianos. Em especial, a Margarida Dantas pela parceria, trocas, aprendizado e pela construção de uma vasta e frutífera produção científica.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa, especialmente à diretora médica Dra. Maria do Carmo Lencastre, pelo interesse e aceite para que pudesse realizar a pesquisa nesta instituição hospitalar. Agradeço profundamente a toda a equipe de Geriatria pela receptividade e acolhida com muita disponibilidade.

De modo peculiar, a todos os idosos que compuseram o cenário desta tese, por compartilharem suas experiências de vida. Ensinaram-me a arte de viver com tanta maestria. Obrigada por nossos encontros e por me fazer pensar na vida como aquarela.

Agradeço a todos que exprimiram o interesse e colaboraram, de alguma forma, na execução deste estudo. Aos amigos que direta ou indiretamente me encorajaram a produzir algo de valor na minha vida.

Saber Viver- De Cora Coralina

Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração
das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta, Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira, pura... Enquanto durar

RESUMO

Pitanga, Danielle A. (2017). *Velhice, adoecimento e morte: uma estilística da existência*. Tese de Doutorado, Programa de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Católica de Pernambuco.

A velhice, atravessada por enfermidades graves, expõe o constante entrelaçamento entre vida e morte. O transcurso inexoravelmente progressivo de uma doença crônico-degenerativa mobiliza o idoso a confrontar-se com um paradoxo: por um lado, a ameaça de aniquilamento provoca dor, angústia e sofrimento, enquanto que, por outro, impele-o à tendência de ressignificar sua existência, redimensionando perspectivas na busca de um sentido para o viver. A inquietude frente ao insondável limite da vida, radicalizada na consciência da própria mortalidade, exige dos sujeitos idosos assumir uma posição frente àquilo que os aflige. Este trabalho objetiva, pois, compreender os modos de subjetivação de idosos portadores de doenças crônico-degenerativas ante o envelhecer, o adoecer e o morrer. Participaram deste estudo cinco idosos em condições crônicas de adoecimento que estavam ou não em regime de internação hospitalar. Os instrumentos utilizados foram entrevista narrativa realizada individualmente com cada participante e um Diário de Campo. As narrativas produzidas pelos idosos e o registro das observações em campo foram analisados utilizando-se a abordagem da analítica discursiva na perspectiva foucaultiana. Dos caminhos trilhados nesta pesquisa com os sucessivos desdobramentos das articulações e problematizações as quais propusemos, permitiu-nos, sob a inspiração dos escritos de Foucault, situar a velhice no campo da ética, da estética e das estilizações da existência. Sob essa ótica, encontramos em seus discursos, circunscrições dos modos singulares de se subjetivarem, de produzir suas existências e de posicionarem-se perante à vida e à morte. A produção desses modos próprios de subjetivar-se está pautada num modelo ético-estético e político. Os idosos entrevistados procuravam re (criar) e re (inventar) suas próprias velhices; buscavam a invenção de si mesmos como uma obra de arte, construindo e conferindo à vida um estilo particular. Lançamos o olhar para a velhice pelo viés das artes de viver sustentadas pelo cuidado de si que passa também pelo imperioso cuidar do outro.

Palavras-chave: Velhice; Modos de Subjetivação; Adoecimento; Morte e Estilística da Existência.

ABSTRACT

Pitanga, Danielle A. (2017). *Old-age, falling ill and death: a stylistics of existence*. PhD Thesis, Research and Postgraduate Program at *Universidade Católica de Pernambuco*.

Old age, through serious illnesses, brings about a constant battle between life and death. The inexorable deterioration of chronic degenerative diseases brings the elderly to a paradox, that is, on the one hand, the threat of annihilation is painful, causing anguish and suffering; on the other hand, it makes them prone to assigning new meanings to their existence, reconsidering their perspectives in order to find reasons to live. The restlessness in face of the unfathomable limits of life, which takes shape with our growing consciousness of mortality itself, requires that the elderly take charge of what ails them. Thus, this work seeks to grasp the modes through which the elderly suffering from chronic degenerative diseases subjectify aging, falling ill and dying. The participants in this study were five old-age individuals suffering from chronic diseases both in and out of hospital facilities. The tools utilized included narrative interviews carried out individually with each participant and a Field Journal. The narratives collected from the elderly and the notes taken in the field sessions were analyzed from the Foucauldian discourse analysis approach. Drawing on Foucault's writings, the research findings and the successive implications and problems we proposed allowed us to locate old-age in the realm of ethics, aesthetics and stylistics of existence. From this point of view, the participants' accounts revealed unique elements of subjectivity, of producing their existence and of positioning themselves in face of life and death. Such production of subjectivity is based on an ethical-aesthetical model. The interviewees sought to re-create and re-invent their own aging while seeking to invent their own selves like works of art, devising and assigning life with a particular style. We look at old-age through the angle of the art of living sustained by self-care which also entails the ineluctable caring others.

Keywords: Old-age; Modes of Subjectification; Falling Ill; Death and Stylistics of Existence.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
À GUIA DE UMA INTRODUÇÃO	20
1. HISTÓRIA DA MORTE: DA ANTIGUIDADE AOS DIAS ATUAIS	42
1.1. Um olhar sobre a relação do homem com a morte ao longo dos tempos.....	44
1.1.1. Morte domada.....	46
1.1.2. Morte de si próprio.....	48
1.1.3. Morte do outro	51
1.1.4. Morte interdita	52
1.2. Sobre o morrer e a morte: um história paradigmática	59
1.3. O cenário da morte na contemporaneidade.....	61
1.3.1. O triunfo da medicalização	63
1.4. O nascimento da clínica do sujeito	69
2. VELHICE E FINITUDE: INTERFACES DA BIOPOLÍTICA	73
2.1. Advento do capitalismo: gestão dos corpos, vidas e mortes.....	77
2.1.2. Nos dias de hoje... A medicalização da morte (ou da vida?).....	80
2.2. Disciplina na sociedade moderna.....	82
2.3. O Hospital como instituição disciplinar.....	85
2.4. Sobre a governamentalidade e a vigilância nos hospitais.....	87
2.5. Da soberania ao Biopoder e à Biopolítica.....	89
2.6. As tramas da biopolítica: um olhar contemporâneo.....	91
2.6.1. Sobre o poder médico: tecendo reflexões.....	93

3. O LABIRINTO DO MÉTODO DA PESQUISA.....	96
3.1. Pesquisador: construtor de caminhos, ao caminhar.....	98
3.2. O método em Foucault: seguindo suas “pegadas”.....	100
3.2.1. História, Sujeito e Discurso.....	103
3.3. Método ou método(s) foucaultiano.....	108
3.4. Mapeamento do campo problemático	111
3.4.1. Dentre os percalços e as dificuldades.....	113
3.4.2. Os sujeitos dos enunciados.....	116
3.4.3. As condições de possibilidade para produção discursiva	121
3.4.4. O processo de produção dos enunciados	123
4.ADOECIMENTO NA VELHICE: DO PRENÚNCIO DA MORTE AO SENTIDO DA VIDA	126
4.1. Idosos em cena: narrativas sobre o adoecer, o morrer e a morte.....	127
4.1.1. A comunicação das más notícias.....	131
4.2. O processo de hospitalização e as práticas de cuidado.....	134
4.3. O poder e seus desdobramentos.....	138
4.4. Modos de subjetivação e estilizações da existência.....	149
5. VELHICE: ARTES, ESTÉTICAS E ESTILOS DE EXISTÊNCIA.....	153
5.1. Velhice e Adoecimento: as reinvenções ético-estéticas de si.....	155
5.2. Aquarela da Vida: A velhice como obra de arte.....	157
5.3. Artes da existência sob o signo do cuidado de si.....	170
5.4. Eu e o Outro: um encontro necessário.....	172
5.5. A velhice como estilística da existência.....	176
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	181
REFERÊNCIAS.....	190
ANEXO	199

APRESENTAÇÃO

Marcada pelas doces e encantadoras lembranças de infância, recordei, por esses dias, a belíssima letra de uma verdadeira obra-prima da Música Popular Brasileira, de autoria de dois grandes compositores, Toquinho e Vinícius de Moraes: Aquarela. Debrucei-me, no intento de fazer reflexões sobre o significado metafórico da letra dessa música e lancei-me a adentrar não só na dimensão filosófica mas também no universo da poesia para pensar em possíveis interpretações simbólicas.

Ao iniciarmos pelo título, “Aquarela” é um tipo de tinta bem suave que é misturada com água, formando uma atmosfera cromática. É uma técnica de pintura sobre o papel, proporcionando a elaboração de trabalhos delicados que requerem habilidade e operam-se no registro da experiência sensível do pintor- artista. Proponho, aqui, fazer uma analogia de Aquarela à Vida.

Todos nós somos responsáveis, enquanto escultores, por esculpir a nossa vida; projetá-la numa tela, pintando nossa própria aquarela, envolta pela magia e de forma absolutamente original e singular. Somos arrebatados como vocação à pintura, sobre a tela ou numa folha em branco (desde o nascer), numa configuração com pincel, linhas, traços, esboços e tonalidades infinitas de cores.

Permitam-me, então, falar da vida enquanto uma verdadeira obra de arte, ao passo que a esculpimos e a construímos com riscos, rabiscos, cores, retoques, vitalidade, enfim, desenho esse que deve ser de irretocável beleza e colorido, porém, nem sempre assim o é. Tal como a aquarela, nossa vida pode ser bela, mágica, suave, com luminosidade, mas, um dia, (des) colorirá. O descorar, tirar ou perder a expressividade ou o colorido, representaria simbolicamente, a morte.

A morte é a ausência de cor, brilho e de luz, seria o encerramento de nosso projeto existencial no mundo, o último instante arbitrário. Através de uma aquarela que é fluida, por exemplo, o sujeito começa a diluir não só a tinta, mas também a tristeza, as dificuldades, as amarguras. Isso corresponde à magia e ao encanto proporcionado pela pintura.

Acredito estar imbuída do desejo de atribuir uma conotação de morte sem tragicidade, sem a carga pesada e expressiva de catástrofe, mas, como um processo

tranquilo e restaurador do viver; característico ao próprio dinamismo da existência dos seres humanos. Recordo, aqui, os versos do poeta nordestino Ariano Suassuna: “Tenho duas armas para lutar contra o desespero, a tristeza e até a morte: o riso a cavalo e o galope do sonho. É com isso que enfrento essa dura e fascinante tarefa de viver”¹.

A letra da música Aquarela representar-se-ia como uma grande metáfora entre a Vida e a Morte, tal qual uma pintura de aquarela que, com o passar do tempo, envelhece e descolore. Na tentativa de fazer uma aproximação dessa música com o tema da velhice e finitude que é meu objeto de estudo, parto do pressuposto de que a morte faz parte da vida, dialetizam-se e, é tão natural e previsível quanto o nascimento. Kant dizia: “Se vale a pena viver e se a morte faz parte da vida, então, morrer também vale a pena (...)”.

A velhice é a fase da existência que mais está próxima da vulnerabilidade às doenças crônicas, da vivência da finitude, além da inevitabilidade da morte como algo intransferível e intransponível. É incontestável que para os idosos, a morte como limite da vida humana se apresente como possibilidade real e de forma mais tangível.

Se pensarmos numa linguagem poética que caminhamos numa linda passarela, de uma aquarela que um dia, enfim, descolorirá, isso significa dizer que nosso tempo de vida se extinguirá. Encerra-se um ciclo, é o fim da trajetória humana. A grande questão paradigmática é aceitar a morte como fazendo parte da dimensão do processo de viver.

Neste trecho que destaco, podemos observar a inquietação do poeta Mário Quintana: “Um dia... Pronto!... Me acabo. Pois seja o que tem de ser. Morrer, que me importa? O diabo é deixar de viver”. E, Rubem Alves (2003) assevera: “Já tive medo da morte. Hoje não tenho mais. O que sinto é uma enorme tristeza. A vida é tão boa! Não quero ir embora”². Não obstante, é fundamental lembrar que existem mortes diversas e, apesar de se manifestarem de formas múltiplas são, contudo, absolutamente singulares.

A atualidade do tema da velhice, articulado ao da finitude imprime um caráter de extrema relevância às pesquisas na área da Gerontologia e Geriatria. Sob o impacto do

¹ Frase célebre de Ariano Suassuna, dramaturgo, romancista e poeta nordestino.

² Alves, R. Psicanalista e escritor. Texto publicado em: Folha de S. Paulo: São Paulo, 12 de outubro de 2003 – A3.

capitalismo selvagem e da tirania do consumo incessante que, nos últimos tempos, não respeita limites, somos impelidos à rejeição ou negação do fim da vida.

Este estudo convida-nos, pois, a profundas reflexões não só porque nos remeterá às fronteiras da vida, da nossa própria historicidade com seus atravessamentos socioculturais, mas também à recusa de nossa velhice e até da inexorabilidade da morte. Seremos conduzidos ao encontro com o velho que carregamos conosco, com os velhos de nossa família e com outros que já morreram, mas que, ainda assim, nossa vida permanece ligada, pelas lembranças, àqueles que nos deixaram e, por essa morte também se pode fazer vida.

Nosso mundo interno é habitado pelos mortos e o legado que nos transmitiram. A morte biológica representa o cessar do funcionamento do corpo, todavia existe a possibilidade de permanência infinita, da continuidade histórica por meio das lembranças e memória, haja vista não haver a morte da relação, sobretudo, afetiva.

Dessa forma, podemos, então, abrir possibilidades de direcionar o olhar para outros tantos idosos que estão aos nossos arredores e também para os que nos deparamos na prática profissional. Creio que este trabalho deva fazer-se acompanhar de reflexões não apenas sobre a velhice dos que estão em condições vulneráveis diante do adoecer e da finitude, mas da minha própria velhice e de tudo aquilo que temo e desejo ante o cenário da morte.

Envelhecer e morrer enquanto fenômenos vitais singulares balizam nosso existir. São experiências atravessadas pelos contextos: social, político, econômico, cultural, religioso, os quais vão imprimindo contornos carregados de significações, na especificidade de uma dada época e num determinado momento histórico. É muito comum associarmos o envelhecer apenas às pessoas mais velhas.

Entretanto, o envelhecimento humano não é algo estático, mas sim, dinâmico; é um processo inevitável, irreversível e contínuo de transformações biopsicossociais que se inscreve no horizonte da temporalidade. Processa-se, pois, pela ação do tempo sobre os sujeitos. Inicia-se com o nascimento e culmina na morte, percorrendo, portanto, toda a nossa existência. Não existe envelhecer nem velhice idênticos para todos os

indivíduos. História, tempo e cultura se entrecruzam, produzindo, assim, diferentes formas de envelhecimento e inúmeras velhices (Pitanga, 2006) ³.

Cada indivíduo tem o seu próprio tempo de vida e um modo absolutamente singular de experienciá-lo, tempo este que se esgotará na finitude objetivada da morte biológica. Paradoxalmente, esse tempo pode também ser inesgotável na infinitude subjetivada nas possibilidades que nós sujeitos desejantes temos de no nosso imaginário, produzir juventude eterna.

Ante o exposto, almeja-se, com este trabalho, não apenas tratar do processo de morrer e da morte, mas, sobretudo, do viver. É reportando-nos à morte que apreendemos um feixe de sentidos e a plenitude da significação da vida. Remetermo-nos à dimensão poética nessa discussão é como diria Rubem Alves (2011) “porque a poesia pertence ao clima de verdade e encanto que a morte instaura”. E, prossegue nos brindando com o seguinte ensinamento: “Curioso que a morte nada tenha a dizer sobre si mesma. Quem sabe sobre a morte são os vivos. A morte, ao contrário, só fala sobre a vida, e depois do seu olhar tudo fica com aquele ar de “ausência que se demora, uma despedida pronta a cumprir-se”, diz o autor parafraseando Cecília Meireles⁴.

Por mais que esteja imbuída do desejo de tentar fazer ciência neste doutorado, trabalhar o tema da morte nos impele, inevitavelmente, enquanto autores, para o terreno da poesia que nada mais é do que a criação rítmica da suavidade e beleza transformadas em palavras. Como diria Cassorla (1991)⁵: “O pesquisador e os pesquisados com frequência, são obrigados a utilizar figuras poéticas para poder expressar o indizível ou o inefável” (p.18). E, Rubem Alves em consonância, sabiamente propõe: “Embora a gente não saiba, a Morte fala com a voz do poeta, porque é nele que as duas, a Vida e a Morte, encontram-se reconciliadas, conversam uma com a outra, e dessa conversa surge a Beleza” ⁶.

³ Pitanga, D. (2006). Velhice na Cultura Contemporânea, Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Pernambuco.

⁴ Alves, R. (2011). Sobre o morrer. Folha de S. Paulo. São Paulo, 18 de outubro de 2011. Cotidiano.

⁵ Cassorla, R. M. S. (1991). Da Morte: Estudos Brasileiros. Campinas, SP: Papirus.

⁶ Alves, R. (1991). Prefácio: A morte como conselheira do livro: Da Morte, de Cassorla, R. (coord.). (p.13-14).

A despeito de unir a técnica científica à sensibilidade da arte, a morte como tema principal também está presente dentre as mais diversas expressões artísticas, literárias e filosóficas, servindo como fonte inspiradora inesgotável à imaginação e às produções. Schopenhauer, por exemplo, tratava a morte como “verdadeiro gênio inspirador da filosofia”.

Enquanto o filósofo Espinosa afirmara que “o homem livre em nada pensa menos que na morte, e a sua sabedoria não é uma meditação da morte, mas da vida”⁷. E, complementa Alves: “a branda fala da Morte não nos aterroriza por nos falar da Morte. Ela nos aterroriza por nos falar da Vida. Na verdade, a Morte nunca fala sobre si mesma. Ela sempre nos fala sobre aquilo que estamos fazendo com a própria Vida, as perdas, os sonhos que não sonhamos, os riscos que não tomamos (por medo), os suicídios lentos que perpetramos”⁸.

A intenção, pois, com esta tese, é valorizar a vida, tudo aquilo que é vivo e que nos faz sentirmos vivos. A minha vida, a vida dos outros, a dos participantes idosos desta pesquisa. A força vital do existir nos direciona, conduz e impulsiona à criatividade, à construção, ao belo. Ao negarmos a finitude inexorável, não podemos viver bem. A morte faz parte do ciclo da existência, evoca o inassimilável e nos instiga à sabedoria do viver. Esta pesquisa nos convida, não obstante, a refletir e a visitar a velhice conforme construída no interior de cada um de nós.

Essas assertivas convergem com o nosso propósito de viabilizar a construção de novas concepções para a vida, permitindo instituir, por outro lado, novas redes de significados para a morte. Por esse paradigma, busca-se, de modo incessante, colocar o morrer e a morte sistematicamente sob outro regime discursivo, tentando articulá-la, no dizer de Foucault, a novos dispositivos de saber e poder. Eis as belas palavras de um grande poeta:

Na mesma pedra se encontram,
Conforme o povo traduz,
Quando se nasce – uma estrela,

⁷ Espinosa, B. (1979). *Ética IV*, proposição 67. Os Pensadores. Trad. Joaquim de Carvalho. Ed. Abril.

⁸ Alves, R. (1991). Prefácio: A morte como conselheira do livro: Da Morte, de Cassorla, R. (coord.). p. 12-13.

Quando se morre – uma cruz.
 Mas quantos que aqui repousam
 Hão de emendar-nos assim:
 “Ponham-me a cruz no princípio...
 E a luz da estrela no fim!”.

Mário Quintana ⁹

Encerra-se a apresentação deste trabalho com uma das estrofes da letra da música Aquarela, conforme cantam poeticamente Vinícius de Moraes e Toquinho¹⁰ e, ao mesmo tempo, convidamos os leitores à reflexão sobre o tempo que nos é concedido a viver:

*Um menino caminha e caminhando chega no muro
 E ali logo em frente a esperar pela gente o futuro está
 E o futuro é uma astronave que tentamos pilotar
 Não tem tempo nem piedade nem tem hora de chegar
 Sem pedir licença muda nossa vida
 Depois convida a rir ou chorar...*

O futuro se constitui enquanto projeto; algo indecifrável, indeterminado, indefinível e indescritível. Nele poderão estar nossos planos, desejos e sonhos que se imbricam a realizar. É algo que ainda não aconteceu, mas pode vir a ser no horizonte da temporalidade que urge. Indubitavelmente, este como o futuro será também vai depender daquilo que se semeia, de razões sociais, culturais, além das adaptações e rearranjos mediante os imprevistos, as intempéries. Conquanto é um tempo que pode abrigar surpresas, alegrias que mobilizem a criação e nos impulsionem à busca incessante de sentido para viver. Enfim, sorrisos e choros se imiscuem na travessia de nossa existência no mundo. Cabe a nós a tarefa de integrá-los à nossa própria história.

⁹ Quintana, M. Poema Inscrição para um portão de cemitério. Disponível em: <http://contobrasileiro.com.br/tag/inscricao-para-um-portao-de-cemiterio-mario-quintana>.

¹⁰ Aquarela, ou melhor, Acquarello é uma canção escrita pelo compositor Toquinho em parceria com Vinicius de Moraes, em 1983 e, mais dois coautores italianos Guido Morra e Maurizio Fabrizio.

“... Mas tenho muito medo do morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza. [...]. Dizem as escrituras sagradas: "Para tudo há o seu tempo. Há tempo para nascer e tempo para morrer". A morte e a vida não são contrárias. São irmãs. A "reverência pela vida" exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir. Cheguei a sugerir uma nova especialidade médica, simétrica à obstetrícia: a "morienterapia", o cuidado com os que estão morrendo. A missão da morienterapia seria cuidar da vida que se prepara para partir. Cuidar para que ela seja mansa, sem dores e cercada de amigos, longe de UTI's. Já encontrei a padroeira para essa nova especialidade: a "Pietà" de Michelângelo, com o Cristo morto nos seus braços. Nos braços daquela mãe o morrer deixa de causar medo”¹¹.

Rubem Alves

¹¹ Alves. R. Sobre a morte e o morrer. Folha de S. Paulo. São Paulo, 12 de outubro de 2003.

À GUIA DE UMA INTRODUÇÃO

Os incontestáveis progressos da medicina e da técnica e as fantasias sobre a imortalidade levam, com frequência, a “desapropriar o paciente, em fase final da vida, da própria morte” e a não permitir – onde ainda seria possível – algum controle e viver os últimos momentos de sua vida¹².

Quando um pesquisador se debruça sobre um determinado objeto de estudo, realiza inúmeras leituras, faz postulações, levanta indagações, lança hipóteses, formula o problema que será o foco da investigação, delimita-o para dar conta daquilo que se pretende pesquisar, enfim, traça todo um enredo e a lógica da trama a ser percorrida.

Mas, eis que surge a dúvida: por onde inicio a construção do texto científico? Há infinitas possibilidades e inúmeras ideias. Enquanto não começarmos a escrever, corre-se o risco de caírem no mero esquecimento e não serem devidamente aproveitadas e trabalhadas em profundidade. O trabalho da escrita requer um poder de articulação e síntese, para isso, é fundamental mergulhar em diferentes campos do saber para fertilizar nossos pensamentos. É um contínuo e árduo processo de aprendizagem e aperfeiçoamento. Escrever expressa a marca subjetiva; é um ato criador. Além disso, precisamos despertar o interesse dos leitores e convidá-los a embarcar numa viagem para a dimensão discursiva cujos contornos deverão ser cuidadosamente circunscritos. Daí pensarmos como definir a linguagem a ser empregada e a que público se direcionará e atingirá a produção textual.

É imprescindível lembrar que a própria linguagem não se esgota na mensagem que pretende veicular. Nunca conseguiremos “dizer tudo”, sempre haverá brechas, lacunas, denotando o caráter da insuficiência, da incompletude. Por mais que seja uma aventura tremendamente árdua, o autor como sujeito atuante de seu próprio texto, precisa descobrir como capturar um tipo de linguagem na qual consiga transmitir suas ideias, emoções, seus conhecimentos, além de atender a todos os pré-requisitos da

¹² Comitê Consultivo Nacional de Ética da Saúde e Ciências da Vida da França (2000). Parecer nº 63: Final de vida, terminando a vida.

própria cientificidade para garantir a validação e a fidedignidade de seu texto. Corroborando com essas assertivas, optei por recorrer às ideias foucaultianas:

O indivíduo que se põe a escrever um texto no horizonte do qual paira uma obra possível retoma por sua conta a função do autor: aquilo que ele escreve e o que não escreve, aquilo que desenha, mesmo a título de rascunho provisório, como esboço da obra, e o que deixa, vai cair como conversas cotidianas (Foucault, 1996, p. 29).

O que se coloca em relevo é o princípio de autoria e originalidade: “a diferença do escritor, sem cessar oposta por ele mesmo à atividade de qualquer outro sujeito que fala ou escreve, o caráter intransitivo que empresta a seu discurso, a singularidade fundamental que atribui há muito tempo à escritura...” (Foucault, 1996, p. 41).

Não se pode deixar de mencionar aqui outras formas de linguagem: pintura, teatro, dança, escultura, música, etc. Com efeito, por meio de todas essas atividades artísticas, o homem pode representar o mundo atribuindo-lhe significações, como também é uma forma de exprimir seus pensamentos, sentimentos, comunicar-se, constituir-se e influenciar o outro.

A título de exemplificação, a música, enquanto uma modalidade discursiva, é um meio através do qual as ideias, pensamentos acerca de nós e dos outros são articulados e expressos em formas sonoras, tendo, portanto, uma simbologia própria. Nesse sentido, a música representar-se-ia muito mais que um simples conjunto de sons que se agrupam para formar acordes, melodias. Penetra na nossa alma, na pele provocando sensações incríveis de prazer; toca-nos afetivamente, transmite significados possibilitando-nos mergulhar no universo de simbolismos, atravessado pela historicidade. A linguagem musical é balizada por outras facetas: emoção, criatividade, sensibilidade, agregando valor subjetivo, artístico e estético à obra.

Motivada pelo desejo que não cessava de se inscrever, de dar seguimento ao estudo do processo de envelhecimento humano, cujas reflexões advindas dessa temática permitiram-me a construção da minha dissertação de Mestrado intitulada “Velhice na Cultura Contemporânea” (2006), comecei a repensar a articulação entre os constructos teóricos que fundamentaram essa pesquisa e a minha prática clínica, hospitalar e domiciliar com idosos.

À época em que trabalhava como psicóloga da equipe de Geriatria e Gerontologia num hospital privado de grande porte, em Recife (2005-2009), realizava acompanhamento psicoterapêutico hospitalar aos pacientes que estavam enfrentando, na velhice, doenças crônicas que ameaçam a vida, tais como: doenças cardiovasculares; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); as chamadas insuficiências de órgão avançadas (cardíaca, respiratória, hepática, renal); doenças neurológicas degenerativas e graves; diabetes; câncer e quadros de demências em estágio muito avançado. Todas elas, após um período de tempo, acabam deteriorando e debilitando a saúde dos idosos. Esses pacientes idosos tinham diagnóstico de irreversibilidade de uma doença grave, ou seja, intratabilidade com fins curativos e se encontravam em situações nas quais a expectativa de vida estava profundamente diminuída, anunciando, pois, a aproximação do processo da finitude humana.

Partindo do panorama da prática clínico-hospitalar na assistência a pacientes em situações clínicas graves, irreversíveis e que potencialmente conduziriam à terminalidade da vida foi que surgiu minha inquietação de investigar como os idosos estão morrendo. Que tipos de morte estão ocorrendo na instituição hospitalar? Passamos a interrogar se predominam, na prática médica, os processos de distanásia ou a ortotanásia? Existe uma tensão/oscilação entre o tecnicismo e o humanismo? E, novas questões surgiram: essa vida que culminará com o fim está sendo experienciada com qualidade e conforto? Os sofrimentos e as dores estão sendo cuidados? Existe a hipermedicalização da morte (ou da vida)?

Nessa perspectiva, em linhas gerais, propusemos, inicialmente, debruçar-nos sobre o debate da finitude, mais especificamente, sobre a qualidade de morte em pacientes cuja condição de saúde estivesse fragilizada pela doença. A ideia norteadora era ampliar a discussão acerca das modalidades de intervenção frente à terminalidade da vida: distanásia e ortotanásia. Instigava-me o fato de, por um lado, a população

brasileira estar envelhecendo em ritmo acelerado e progressivo, ocasionando, por consequência, maior ocorrência de doenças crônicas que ameaçam a vida, enquanto que, por outro, a maioria desses idosos, na atualidade, não está morrendo de forma digna e no momento certo (ortotanásia) isso porque são vítimas de uma prática médica notadamente marcada pela obstinação terapêutica (distanásia), cujos tratamentos fúteis além de não oferecer benefício razoável aos pacientes, promovem sofrimento com a procrastinação dolorosa do processo de morrer.

Neste cenário, a pretensão seria, pois investigar e analisar de que forma os idosos desejariam morrer: se por práticas terapêuticas obstinadas ou pela via dos cuidados paliativos, cujo foco é a morte no tempo certo e de forma digna, com humanização na assistência. Entretanto, ao abrirmos o espaço para escutá-los no campo, tal preocupação com a terminalidade da vida não emergiu na produção de seus enunciados, tendo-nos levado ao redirecionamento da pesquisa com mudança no objetivo geral que passou a ser: compreender os modos de subjetivação de idosos portadores de doenças crônico-degenerativas ante o envelhecer, o adoecer e o morrer. Focalizou-se, pois, na clínica do sujeito; na valorização da singularidade de cada caso, demarcando a diferenciação nos processos de subjetivar-se e de conferir à vida um estilo particular, recriando e reinventando, assim, suas próprias velhices.

No tocante aos objetivos específicos: 1- problematizar as relações do sujeito idoso com a finitude, sob o prisma da lógica de gestão do biopoder e da biopolítica; 2- analisar a produção de sentidos atribuídos pelos idosos às suas experiências de adoecimento grave, incurável e de internação hospitalar; 3- compreender os modos possíveis de estilização da velhice articulada à experiência do adoecimento e da finitude.

Um aspecto relevante que justifica a importância deste estudo é estarmos assistindo, nas últimas décadas, a um crescimento substancial da população idosa que, concomitantemente, trouxe como repercussão, o drástico aumento da prevalência de doenças crônicas debilitantes, potencialmente terminais; doenças que garantem um importante espaço no cotidiano da práxis médica na atualidade. Com o evidente aumento da longevidade, o câncer e as doenças cardiovasculares são os grandes responsáveis pelos elevados índices de morbidade e mortalidade entre os idosos (Burlá & Py, 2014). Esse fato, portanto, constitui-se como um grande desafio a ser enfrentado

não só por médicos, profissionais e serviços de saúde, mas por toda a sociedade em geral.

Segundo censo demográfico¹³, observa-se o crescimento da população brasileira na faixa etária de 60 anos ou mais, sendo o tema foco de interesse dos estudiosos da terceira idade em diversos países do mundo. As projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que no Brasil, entre 1950 e 2025, a população de idosos crescerá 16 vezes contra 5 vezes da população total, posicionando-nos em termos absolutos como o sexto país do mundo com maior contingente de pessoas idosas, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Em 2025, a expectativa é de 1 bilhão e 200 milhões, atingindo-se aos 2 bilhões de idosos em 2050.

Dados estatísticos pertinentes a 2013 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram o significativo aumento da população com idade superior a 65 anos que passou de 4,1% em 1991 para 7,4% em 2010, com previsão para alcançar cerca de 15%, em 2025.

Atribui-se a esse exponencial e progressivo envelhecimento populacional brasileiro à elevação da expectativa de vida com o desenvolvimento de novas tecnologias, medicamentos e técnicas cirúrgicas, somando-se à queda muito acentuada das taxas de natalidade, sobretudo com a descoberta dos métodos contraceptivos e à redução das taxas de mortalidade, propiciando, então, nas últimas décadas do século XX, uma mudança no perfil demográfico brasileiro.

Esse fenômeno denominado de transição demográfica, aliado às profundas transformações que a medicina vem sofrendo desde o último século, fruto do progresso científico e da incorporação de novos recursos diagnósticos e terapêuticos até então impensáveis ao final do século XIX, que vão da implantação do saneamento básico às técnicas de imunização, aos exames sofisticados (eletrocardiografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada) à descoberta dos fármacos (analgésicos e antibióticos altamente potentes) e laboratórios superequipados.

É importante fazer a ressalva de que todo esse aparato tecnológico está disponível não apenas para os pacientes com quadros clínicos potencialmente

¹³ IBGE. Dados sobre População do Brasil. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/>.

reversíveis e até curáveis, mas também para aqueles cuja doença de base é progressiva e incurável.

A medicina adquiriu, historicamente, status de ciência, tendo alcançado uma eficácia anteriormente imprevisível, na perspectiva da lógica curativa. Teve como suposto triunfo prolongar o tempo de vida do paciente, mas não necessariamente fazendo-o viver mais e melhor, em determinados casos. No que tange ao panorama atual do modelo técnico-hospitalar vigente, os médicos são pressionados a solicitar os últimos exames sofisticados, a prescrever as mais modernas drogas produzidas pelas indústrias farmacêuticas e a traçar diretrizes terapêuticas, intervindo diretamente nas intercorrências clínicas apresentadas por pacientes acometidos por doenças crônico-degenerativas incuráveis, particularmente, os idosos.

Vale lembrar que é no bojo do mundo contemporâneo regido fundamentalmente pelo primado da técnica que a desumanização encontra seu ponto de ancoragem. Torna-se, portanto, relevante assinalar as diferenças entre a medicina tecnicista e a medicina humanista, tal como podemos apreciar no quadro abaixo:

MEDICINA TECNICISTA x MEDICINA HUMANISTA

Doença, dimensão de saúde.	Doença, dimensão existencial da vida.
Doença objetiva (para o médico).	Doença subjetiva (para os pacientes e seus familiares).
Discurso do médico – suposto saber absoluto e onipotente.	Discurso do paciente – suposto saber de seu próprio sofrimento.
Ancorada nos recursos tecnológicos.	Ancorada na humanização da assistência.
Aprisionamento à técnica no adoecer.	Valorização da integralidade do sujeito: “a dor é ser”.
Paciente tem papel mais passivo.	Paciente tem papel mais ativo.
Morte fria, impessoal e solitária.	Morte digna, autônoma e respeitosa.
Pautada na lógica curativa.	Pautada na lógica da reconstrução existencial (reinvenção do sujeito).

Antes de tudo, sublinha-se que não estamos aqui propondo binarismos, mas sim a intrínseca articulação entre o tecnicismo e o humanismo. Por este viés, a ortotanásia

como modalidade de intervenção médica ao final da vida, seria uma possível saída, haja vista que o sujeito passaria a ser tratado enquanto tal e não como objeto.

Em meio ao processo da tomada de decisões nos casos de doenças sem possibilidades terapêuticas curativas, haja vista ter esgotado todos os recursos clínicos e/ou cirúrgicos, ao final da vida de idosos se deve atentar para o conceito da ortotanásia, cujo significado etimológico é “morte correta”. Esse termo é proveniente dos radicais gregos: *orthos* significa reto, correto e *thanatos*, morte. Pode ser considerada como morte em seu curso natural, no tempo certo, não prolongando artificial e tecnicamente a vida a qualquer custo, com medidas desproporcionais e irrazoáveis. Se para esses pacientes não há qualquer possibilidade de tratamento medicamentoso e/ou curativo para sua doença, recorre-se, então, às terapias de manutenção, alívio e conforto.

O foco do tratamento é diminuir ou eliminar suas dores e sofrimentos, mantendo-se os cuidados básicos (alimentação, higiene, hidratação). Pela ortotanásia, ao se detectar a inviabilidade terapêutica, suspendem-se as ações que já não proporcionam benefícios genuínos, deixando que a morte ocorra pacífica e naturalmente (D' Assumpção, 2011, p. 237).

Opta-se conscienciosamente pela abstenção de recursos médicos infrutíferos que não trariam benefícios nem melhorariam a condição existencial do sujeito adoecido, considerando-se a não reversão do processo de morrer já em curso. A ortotanásia caracteriza-se como o objetivo médico de não mais buscar a cura, mas sim, visa a prover conforto ao paciente, sem encurtar ou adiar o tempo natural de vida, não interferindo no momento da morte. Considera-se, pois, que o organismo alcançou, efetivamente, um grau de deterioração incontornável.

A história nos mostra que, inicialmente, Hipócrates formulou como objetivos da medicina: aliviar o sofrimento dos enfermos, minimizar a agressividade da doença e recusar fazer tratamentos quando a medicina reconhece que não pode mais contribuir (Jecker & Schneiderman, 1993).

Na Grécia antiga, floresceu, no século V a. C., a escola hipocrática cuja meta foi modificar os rumos da medicina, separando-a da religião, da magia, dos afetos e das crenças em causas sobrenaturais na etiologia de doenças, fundando, assim, os alicerces do campo médico racional e científico. Ao longo do percurso histórico, a medicina foi

se constituindo enquanto um campo de saber em que os novos conhecimentos eram produzidos em vertiginosa velocidade. Cumpre ressaltar que o domínio da técnica por si só não é o suficiente. Explico essa assertiva analisando esse tópico da seguinte forma: o exercício da medicina envolve, sobretudo, a arte de ouvir os pacientes, observá-los, examiná-los; escutar suas histórias, interpretando as palavras, os gestos, sintomas e discutindo quais seriam as opções mais adequadas para a condução do fazer clínico e da proposição das diferentes formas de terapias disponíveis.

Entregar-lhes apenas receituários, fazer prescrições impondo as condutas a serem adotadas sem ao menos oferecer qualquer explicação sobre a natureza da patologia, suas implicações e o modo de agir para enfrentá-la não pode mais ser tolerável e admissível, nos dias atuais. Construir um saber sobre a sua doença e as condições de possibilidades alivia a angústia do sujeito, bem como aumenta a probabilidade de sua adesão ao tratamento. Isso se corrobora desde a Antiguidade quando Hipócrates intuía que a verdadeira arte da Medicina estaria em observar o doente, sendo mais importante, então, fazer prognósticos a oferecer-lhes diagnósticos.

Já no século XX, o inexorável progresso das produções científicas e o desmedido avanço tecnológico da Medicina aliados à evolução dos costumes, regras de higiene, dos pensamentos, das condutas implicaram novos conceitos e aspectos relacionados à ética médica. Observa-se que, historicamente, muito se evoluiu no tocante à cura de diversas doenças, mas, concomitantemente, tornou o processo do viver/morrer longo, potencialmente sofrido e angustiante para o portador acometido por grave enfermidade e seus familiares.

Para exemplificar, na década de 1950, houve a invenção das máquinas de respiração assistida; já as de reanimações cardiorrespiratórias, surgiram nos anos 60. Além disso, a alimentação via sondas, o funcionamento de órgãos por intermédio de sofisticados aparelhos; os monitores de funções vitais e o uso de fármacos potentes são todos benefícios obtidos, sobretudo, nas Unidades de Terapia Intensivas (UTI's), cujas metodologias diagnósticas e engenhosos procedimentos terapêuticos contribuem para salvar incontáveis vidas de doentes em situações críticas, promovendo a recuperação da saúde nos casos em que há perspectivas curativas.

Paradoxalmente, merecem realce aqueles pacientes portadores de doenças crônicas incuráveis que, mesmo em condições de terminalidade de vida, ao

apresentarem intercorrências clínicas também são contemplados com essas mesmas medidas de cuidado e assistência oferecidas aos agudamente enfermos.

Nessa perspectiva de adoção das tecnologias de ponta, pouco se tem a oferecer além de uma forma precária de sobreviver, muitas vezes não mais que em estado vegetativo, haja vista o quadro clínico irreversível. São princípios que não priorizam o bem-estar, tão pouco contemplam a autonomia, o desejo dos pacientes, a assunção da responsabilidade por si e do cuidado com sua própria saúde. A esse respeito, considera-se bastante apropriado o que nos diz Rubem Alves¹⁴:

... muitos dos chamados “recursos heroicos” para manter vivo um paciente, são do meu ponto de vista, uma violência ao princípio da “reverência pela vida”. Porque se os médicos dessem ouvidos ao pedido que a vida está fazendo, eles a ouviriam dizer: “Liberta-me” (Alves, 2003).

Essa via de libertação que clama o poeta seria justamente a ortotanásia, cujo foco é buscar a morte com dignidade no momento certo, controlando a dor, os sintomas, privilegiando a atenção às dimensões biopsicossociais e espirituais do indivíduo. Trata-se de uma morte digna, sem sofrimento e sem tantas interferências da ciência haja vista evitar métodos extraordinários de suporte de vida. Em contrapartida, há algo inerente às conjunturas das instituições hospitalares: quanto mais equipadas com poderosas tecnologias médicas de ponta, tanto mais sofisticadas serão as produções de diferentes formas de distanásia ou tratamentos fúteis/inúteis.

Sob o ângulo religioso, ainda na década de 1950, o Papa Pio XII já havia manifestado claramente que nenhum ser humano pode ser obrigado a receber tratamentos exagerados para manutenção da vida¹⁵; diretriz defendida pela Igreja Católica até os dias de hoje. O arcebispo Dom Raymundo (2012) afirmou: “A morte não é uma doença para a qual devemos achar cura. É necessário que o homem reconheça e

¹⁴ Alves. R. Sobre a morte e o morrer. Folha de S. Paulo. São Paulo, 12 de outubro de 2003.

¹⁵ PIO XII. Problemas Religiosos e Morais, ligados à Reanimação. Discurso proferido a um numeroso grupo de clínicos, médicos e cirurgiões em 1957, no qual estabelece três princípios: O primeiro é que se tem, em casos de doença grave, “o direito e o dever de empregar os cuidados necessários para conservar a vida e a saúde”. O segundo princípio é que, habitualmente, este dever só obriga ao emprego dos meios ordinários (segundo as circunstâncias de pessoas, de lugares, de épocas, de cultura), isto é, dos meios que não impõem nenhum ônus extraordinário para si mesmo, ou para outro”. O terceiro princípio complementa o segundo: “Por outro lado, não é vedado fazer mais do que o estrito necessário, para conservar a vida e a saúde, com a condição de não faltar os deveres mais graves”.

aceite a própria realidade e os próprios limites. Temos que viver com sabedoria a nossa dimensão de seres mortais e finitos”¹⁶.

Nas palavras de Pessini (2001): “os médicos tendem a ver a morte como uma doença para a qual se deve procurar obsessivamente a cura”. Ora, não pode ser facultado ao médico curar sempre. Interpretar a vida enquanto fenômeno estritamente de intervenção biológica e incorporar o uso acrítico de todo o aparato da tecnologia, descaracteriza a Medicina como arte. Perde-se a dimensão complexa dos sujeitos em condições de adoecimento como seres biopsicossociais.

Face ao exposto, por mais que os médicos alimentem o desejo altruístico de salvar vidas, deparam-se, por outro lado, com vítimas de enfermidades cuja cura e recuperação estão além dos limites conhecidos pela medicina. Logo, o excesso de intervencionismo vai num movimento contrário à lógica do processo que é inevitável e natural, próprio da vida, a morte. Torna-se, portanto, imprescindível refletir sobre o uso adequado desse aparato tecnológico com o incremento da dimensão humanizadora da assistência. Cláudia Burlá e Ligia Py (2014) nos advertem que:

Cuidados Paliativos não rejeitam a biotecnologia. Ao contrário, são uma modalidade de tratamento altamente intervencionista, valendo-se, por exemplo, das avançadas propostas da farmacologia para a efetividade do controle de sintomas. Constituem uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva. Combina harmonicamente a ciência com o humanismo (p. 01).

Cabe destacar, no entanto, que não se tem a pretensão de colocar em xeque o sistema da medicina moderna, tão pouco as descobertas da ciência, efetivamente não se trata disso. Mas sim, de encontrar possíveis caminhos que nos permitam pensar em associações entre os procedimentos cientificamente adequados e, de fato, necessários, às práticas humanizadas em saúde. Isso porque, nos casos de doenças crônico-degenerativas, a parafernália tecnológica estaria a serviço exclusivo da manutenção artificial da vida por prazos indeterminados, prolongando também, por outro lado, o

¹⁶ Assis, D. R. C. Arcebispo de Aparecida e presidente da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), em entrevista concedida em 24 de setembro de 2012 ao jornal do Conselho Federal de Medicina sobre a Resolução CFM 1.995/12, no qual abordou a ortotanásia. Disponível em:

http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23257:entrevista-ao-cfm-cnbb-apoia-ortotanasia&catid=3.

sofrimento, a angústia do sujeito doente e daqueles que dele cuidam (seus familiares e amigos queridos).

O medo da morte coloca a tríade paciente/família/profissionais de saúde em situação de ameaça e impotência diante do morrer. É de suma importância que haja uma especificidade na formação das equipes de saúde que cuidam dos doentes no percurso do final de vida. O conteúdo teórico deve articular-se à práxis que rege a relação equipe-paciente-familiares, na profundidade de seu aspecto transformador e ético.

Apesar de todos os esforços dos estudiosos, pesquisadores e dos progressos da ciência, a morte continua sendo a única certeza que temos e isso ameaça o ideal de cura e de preservação da vida. A maior ferida narcísica do sujeito é a consciência de sua própria finitude. Instala-se, inexoravelmente, ante a angústia que é incontrolável e irreversível, a morte. Como propunha Freud (1915), inconscientemente, cada um de nós está persuadido da própria imortalidade¹⁷. Não podemos ter uma representação de nossa própria morte, é um saber impossível e inimaginável. Dada a irrepresentabilidade da morte, o sujeito se crê imortal, ou melhor, busca no desejo a sua imortalidade.

Pode-se tentar evitar a ideia da morte, afastando-a de nós tanto quanto possível, encobrando e reprimindo a ideia indesejada ou assumindo uma crença inabalável em nossa própria imortalidade – “os outros morrem, eu não” (Elias, 2001). No registro do inconsciente, é sempre tratada como a morte de outrem. Isto denota o caráter inapreensível do morrer em si mesmo.

Assim, a morte torna-se um assunto inexprimível, visto como tabu. De modo geral, é ocultado, temido, negado, pois carrega em si, dor, ansiedade e angústia, remetendo-nos à tristeza e ao sofrimento. Denuncia a vulnerabilidade humana, reporta-nos ao pavor do desconhecido. Em nossa cultura ocidental, a morte parece ser um dos mais aterrorizantes mistérios que assombram o ser humano, causando um profundo impacto, sobretudo, porque implica o desaparecimento e a aniquilação do sujeito. Isso se corrobora com o que nos diz Cassorla (2009), “tornar-se não existente, pelo menos como forma de vida conhecida, persegue todos os seres humanos”. Desde os períodos mais recuados da humanidade, o homem registra o seu medo diante do padecimento e da morte. A ideia do nada após a morte o aterroriza (Yalom, 2008).

¹⁷ Freud, S. (1915). Reflexões para os tempos de guerra e morte. Obras completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol.XIV, p. 327-339.

Em consonância com essas reflexões, para o filósofo Heidegger (2000), entre as várias possibilidades de abertura para o mundo, há uma da qual o homem não pode escapar, a morte. A morte é possibilidade permanente, capaz de tornar todas as outras possibilidades impossíveis. É “a possibilidade da impossibilidade”, isso significa dizer que, quando a morte ocorre, todas as demais possibilidades se encerram. Na concepção heideggeriana, “enquanto possibilidade, a morte não dá ao homem nada a realizar”¹⁸.

Nesta perspectiva, a existência humana não se reduz a uma simples presença no mundo, pois o existir pressupõe um ser também ausente. Por isso, somos marcados pela incompletude, finitude e limitados no nosso impiedoso tempo de vida. Podemos até retardar, mas não evitar ou escapar da morte.

...Ao passo que o nascimento é motivo de comemoração, a morte se tornou um temido e inexprimível assunto, evitado de todas as maneiras na sociedade moderna. Talvez porque nos chame atenção para nossa vulnerabilidade humana, apesar de todos os avanços tecnológicos. Nós, assim como os animais irracionais, estamos destinados a morrer. E a morte ataca indiscriminadamente (...). É difícil morrer e continuará sendo mesmo depois de aceitarmos a morte como parte integrante da vida, porque morrer significa renunciar à vida neste mundo (Kübler-Ross, 1996, p. 32-33).

Merecem realce, também, os extremamente alarmantes números de mortes em decorrência de processos longos de enfermidade. A Organização Mundial de Saúde estima que 58 milhões de pessoas morram por ano mundialmente. Nos registros, cerca de 10% dessas mortes ocorrem em consequência de causas agudas, acidentes, doenças fatais e catástrofes, sendo os outros 90% em decorrência das doenças agudas incapacitantes e das patologias crônico-degenerativas¹⁹.

Para a WHO (World Health Organization (2010), o significado dos dados advindos dos estudos referentes ao final da vida de pessoas doentes em todo o mundo se traduz num grave alerta: em países desenvolvidos e em desenvolvimento, pessoas estão vivendo e morrendo sozinhas, cheias de medo, com suas dores não mitigadas, sintomas físicos não controlados e as questões psicossociais e espirituais não atendidas. A esse respeito, a médica geriatra Cláudia Burlá nos adverte com narrativa contundente:

¹⁸ Heidegger, M. *Ser e Tempo (2000). Volume I e II*. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis, RJ: Vozes.

¹⁹ Doyle, D. & Woodruff, R. (2010). *The IAHP (International Association for Hospice & Palliative Care) Manual of Palliative Care*. 2.ed. Disponível em: <http://www.hospicecare.com/manual> e em: http://www.who.int/ageing/projects/en/alc_global_survey_tegeme.pdf.

Em meio aos progressos que contemplaram o mundo contemporâneo no século 20, o envelhecimento populacional fez com que as sociedades passassem a ter um número significativo de pessoas com doenças incuráveis, que permanecem vivas com sequelas e complicações. O atrativo modelo da medicina curativa, cujo foco é o “ataque à doença” visando a cura, não se coaduna com essa realidade; a doença terminal, o processo de morrer e a morte foram “hospitalizados nas últimas décadas” (Burlá, 2010).

Segundo Kübler-Ross (1996) “a maioria das pessoas morre num hospital. Essa é uma das razões que torna a morte tão dura”. Na contemporaneidade, o hospital é o *locus* de excelência científica desse tipo de intervenção tecnológica heroica, daí instalar-se a medicalização do processo de morrer e da morte, ficando o paciente, em seus últimos momentos de vida, em situação de isolamento, frieza, estando, pois, a caminho de uma morte permeada por intenso sofrimento, especialmente, os idosos. Corroborando essas proposições, eis as palavras de Rachel Aisengart Menezes (2004):

O funcionamento da instituição hospitalar, regida por normas e procedimentos escritos, reitera a pouca possibilidade de diálogo entre os diversos atores sociais envolvidos no processo do morrer, bem como da expressão de suas emoções. No modelo “moderno”, a assistência em saúde é impessoal, mecânica e asséptica. Com o desenvolvimento de recursos destinados à manutenção e ao prolongamento da vida, a medicina produziu uma morte em hospital medicamente monitorizada e controlada, inconsciente, silenciosa e escondida (p. 33).

Sob o primado da técnica e da desumanização, há ainda de se ressaltar que se constituiu um mercado consumidor de produtos médico-hospitalares e farmacêuticos, o qual movimentou, na contemporaneidade, astronômicos orçamentos tanto públicos quanto privados. Dito de outra forma, o ato médico passou a ser também objeto de interesses econômicos e, por que não deixar de mencionar regido concomitantemente pela lógica da dinâmica de mercado.

A significativa penetração do paradigma comercial/empresarial com a ideologia utilitarista e mercantilista dominante no campo médico é que produz a tecnificação, a desumanização e a despersonalização do sujeito doente. Prioriza-se a doença em favor da geração de lucros, transformando, gradativamente, a medicina em negócio muito rentável. Pode-se observar isso, com clareza, no seguinte depoimento médico:

A medicina em si vive uma época de grandes mudanças. Tornou-se um grande mercado, no qual a eternidade é quase possível de ser comprada e a morte é quase também uma opção. (...) A doença e a saúde passaram a ser mercadorias de consumo e a seguir as leis de mercado (Barreto, 2010, p. 390).

A fantástica revolução na capacidade do médico diagnosticar, tratar, controlar ou evitar doenças e adiar a morte trouxe consigo problemas relacionados à mercantilização da medicina, o alto custo e complexidade dessas tecnologias. É inegável que a indústria médico-hospitalar e farmacêutica visa primária e prioritariamente ao lucro, por isso, participa de modo ativo e efetivo dos esforços de melhorias do arsenal médico com a suposta pretensão de investimento na saúde. A tendência de cunho humanitário, cujo valor central é o sujeito, com ênfase nos princípios da beneficência e na não maleficência, “se contrapõe a uma ética mercantilista, preocupada com a economia, que vê a medicina como um negócio como qualquer outro”, conforme afirma Júlia Kovács (2003).

Por outro lado, a mercantilização e o tecnicismo exagerados devem ser potencialmente combatidos, sendo essa uma penosa e árdua tarefa da sociedade em geral. Não obstante, é de substancial importância o reconhecimento de que o campo médico é um território no qual circulam interesses diversos e, ocasionalmente, podem ser conflitantes. Deve-se levar em consideração que apesar dos altos recursos tecnológicos estarem disponíveis, muitos pacientes não se beneficiam com o prolongar do percurso para o final da vida, sendo isso uma grave infração ética.

A esse dilema de natureza ética, existem considerações legais que se impõem e precisam ser assinaladas. No Código Penal Brasileiro (1940)²⁰ está previsto crime tanto o homicídio (art. 121) - matar alguém, quanto à omissão de socorro (art. 135) - deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal (...) à pessoa inválida ou ferida (...) em grave e iminente perigo de vida, podendo a pena ser triplicada em caso de morte.

Esses argumentos também são contemplados e têm respaldo legal no próprio Código de Ética Médica de 1988, no Brasil, quando menciona que o médico jamais deve abandonar seu paciente e, independentemente do caso, a eutanásia (matar o

²⁰ Brasil (2013). Código Penal Brasileiro de 1940. Artigos 121 e 135. In: VADE MECUM. 16 ed. São Paulo: Saraiva.

paciente frágil e debilitado para poupar-lhe dor e sofrimento extremos) é proibida. Mesmo que por solicitação do próprio paciente, no Direito Brasileiro, a eutanásia é considerada como homicídio, portanto, ilícita e imputável (art. 66/88). O paciente ainda que em fase terminal de doença, mantém sua personalidade jurídica, pois, embora esteja em estado de agonia, ainda está vivo. Somente a morte implica a cessação de seus direitos. Em 2006, a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.805/06, registra:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

A suspensão de recursos terapêuticos em casos incuráveis e terminais também encontra suporte na Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, artigo 1º, inciso III que elege o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentais da República Federativa do Brasil. Quando a Constituição consagrou e reconheceu expressamente o princípio da dignidade, abriu-se uma porta não apenas para o direito à vida digna, mas também para o direito de morte com dignidade. Pode-se, assim, dizer que o direito de morrer é um corolário do direito à vida.

Face ao exposto, instala-se o paradoxo sobre a gestão do fim da vida: privar o sujeito e suas formas de subjetivação historicamente ancoradas e contingenciadas em favor da técnica que propicia do prolongamento artificial da vida à hipermedicalização da morte, certamente não pode e não deve ser a melhor solução encontrada para dignificar a existência humana. A morte deixa de ser encarada como fenômeno natural à própria vida. A respeito disso, o escritor Rubem Alves em seu texto “Sobre a morte e o morrer”, nos brinda com interessantes reflexões filosóficas:

Dir-me-ão que é dever dos médicos fazer todo o possível para que a vida continue. Eu também, da minha forma, luto pela vida. A literatura tem o poder de ressuscitar os mortos. Aprendi com Albert Schweitzer que a “reverência pela vida” é o supremo princípio ético do amor. Mas o que é vida? Mais precisamente, o que é a vida de um ser humano? O que e quem a define? O coração que continua a bater num corpo aparentemente morto? Ou serão os ziguezagues nos vídeos dos monitores, que indicam

a presença de ondas cerebrais? (...). A vida humana não se define biologicamente (Alves, 2003).

Frente a essa realidade é que começam a surgir, no século XXI, os mais variados discursos acerca da morte digna pautada por intensos debates e acaloradas discussões jurídicas em nosso país; discursos que circulam, promovem tensão e são passíveis de problematização. Daí, surgir uma modalidade de assistência interdisciplinar e intervencionista na área da saúde indicada às pessoas portadoras de doenças incuráveis, em fase avançada de evolução, para as quais as possibilidades de tratamento curativo se esgotaram – os cuidados paliativos. Esta inovadora assistência paliativista emerge para Burlá e Py (2014) “em um *ethos* que se fundamenta na compaixão”, no cuidado holístico do paciente e no apoio à sua família.

O que pretende a ortotanásia, defendida na Resolução CFM 805/06, é a proteção à intimidade, à privacidade, à autonomia lícita, à dignidade. Não se antecipa a morte, mas permite que ela aconteça a seu tempo. Pensamento distinto somente favorece a distanásia, e não a vida em si (Villas-Bôas, 2007). Gambini sugere que tenhamos a morte como companheira. Esse autor informa, com respeito à sábia face da morte que admiti-la como companheira é:

O maior propulsor do processo de individuação. (...) Quem conversa com a morte aceita a ideia e a realidade da finitude: a finitude é beleza, a efemeridade é sublime; quanto mais finita, mas bela a vida e mais preciso o momento presente. (...) A morte como companheira deve ser acolhida e de forma alguma evitada, porque é precisamente ela e mais ninguém quem nos ensina de fato a viver. (...) Paradoxalmente, a imagem do término absoluto da vida terrena é que nos habilita a viver a vida em sua possível plenitude (Gambini, 2005, p. 135 – 136).

Marco Teórico

Na travessia científica, optou-se por fundamentar esta pesquisa sob a inspiração do repertório teórico de Michel Foucault, cujas contribuições são de extrema relevância na contemporaneidade. O conjunto da obra desse filósofo francês reúne textos e escritos bastante densos que atestam, indubitavelmente, a proficiência, a complexidade e a originalidade de seu pensamento.

As teorizações foucaultianas não se circunscrevem especificamente num só campo disciplinar, mas dialogam com áreas distintas do saber: literatura, história, linguística, filosofia, psicanálise, psiquiatria, dentre outras. As análises foram subsidiadas a partir de alguns dos seus conceitos chave que auxiliaram enquanto caixa de ferramentas, engendrando diferentes discussões para compreensão deste fenômeno social contemporâneo; não se pretendendo, porém, atingir verdades únicas, absolutas e dogmáticas.

Merece relevo em suas incursões arqueogenealógicas o fato de não apresentar uma sistematização dos conceitos por ele formulados; em contrapartida, enfoca problematizações socio-históricas e culturais. De modo que a escrita deste trabalho em interlocução com Foucault corresponde em adentrar no espaço de incertezas, inúmeros desdobramentos e profundas reflexões acerca de seus pressupostos epistemológicos.

As discussões, nesse estudo, estão pautadas nos seguintes temas foucaultianos: relações de saber/poder, discurso, sujeito, disciplinarização, normatização da sociedade, biopoder, biopolítica, governamentalidade, ética do cuidado de si, estética e estilística da existência e as práticas de liberdade. Todos esses elementos foram tomados para análise não apenas porque estão marcados e atravessados por meio da produção discursiva, mas, sobretudo, porque atuam nos modos próprios de subjetivar-se que estão em contínuo processo de transformação.

Isto está em consonância com a proposta de construção de novas concepções para a vida, permitindo instituir, por outro lado, novos significados para a morte. Por esta lógica paradigmática, buscou-se não apenas problematizar o poder médico e as tecnologias hospitalares, mas, incessantemente, colocar o morrer e a morte sob outro regime discursivo, tentando articular, como diria Foucault, a novos dispositivos de saber e poder.

Os discursos constituem-se, concomitantemente, como ferramenta de luta para possibilitar ao sujeito tornar-se outro, diferente de si mesmo e objeto pelo qual se luta. É este funcionamento discursivo na produção subjetiva que coloca o sujeito em ação, fazendo-o mover-se, deslocar-se, assumir posicionamentos, buscando portos que lhe assegurem a existência. Discurso é algo que transcende a linguagem. Linguagem esta que, na perspectiva foucaultiana, torna-se instrumento de poder.

Para trabalhar com os discursos de idosos hospitalizados com doenças crônicas é preciso, antes de tudo, compreendê-los “no lugar socialmente definido a partir do qual ele é proferido” (Bourdieu, 1982, p.174). Esse sociólogo francês atenta para a importância que deve ser dada ao lugar social no qual os discursos são produzidos.

Tomar o discurso para análise é, por sua vez, analisar também o enredo social, os horizontes históricos e políticos estruturados; discurso que se constitui no próprio momento de sua enunciação, não sendo alvo de interpretações. Analisar os discursos circulantes sob o olhar foucaultiano significa reinventar e ressignificar os acontecimentos a partir de infinitos desdobramentos e inúmeras direções. Para Foucault (1996), “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (p.10). E, complementa afirmando que:

Não podemos confundir com a operação expressiva pela qual o indivíduo formula uma ideia, um desejo, uma imagem; nem com a atividade racional que pode ser acionada num sistema de inferência; nem com a “competência” de um sujeito falante quando constrói frases gramaticais; é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, numa dada época, e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa (Foucault, 1996, p. 136).

Foucault ocupava-se não com o discurso enquanto expressão de ideia ou de linguagem, mas com suas condições de possibilidade e de emergência. O discurso passa, então, a ser analisado dentro das condições históricas de produção e, deve necessariamente ser analisado no interior dessas determinadas condições que o produziram. Todo enunciado colocado num discurso por parte do sujeito é histórico, socialmente determinado, contempla a sua realidade, por isso, tem uma multiplicidade de sentidos.

A preocupação de Foucault não era eleger especificamente objetos de pesquisa, mas com as condições de emergência e circulação de discursos em certos períodos da história. Assim sendo, pontuava que não existia possibilidade de se fazer um levantamento de todos os discursos ou regimes de verdade que circulavam num dado tempo histórico para um mesmo objeto. Tratava-se, pois, de uma escolha estratégica e política, observando-se suas constantes buscas da descontinuidade – a singularidade do acontecimento, em sua irrupção histórica. Compreender o que tornou possível a necessidade de determinado objeto do discurso, aquilo que foi permitido dizer numa certa época.

Importante frisar que as teorizações foucaultianas levam em consideração a problematização da história, desvelando suas descontinuidades e sua dispersão. A significação é histórica não no sentido temporal, mas no de ser determinado pelas condições sociais de sua existência. O sentido é produzido pelo sujeito na história, bem como esta enunciação também deve ser analisada historicamente. Tratando-se de estudos que tomam o viés foucaultiano como referência para lançar luzes às reflexões teóricas e analíticas, há de se considerar sempre o caráter inacabado, sobretudo porque Foucault, em suas análises, toma o sujeito em processo de construção, abrindo um horizonte de possibilidades, tomando a realidade como uma rede de significações, além da complexidade imanente aos atravessamentos socioculturais e históricos.

O cerne da questão foi valorizar as narrativas produzidas pelos idosos entrevistados com os atravessamentos históricos e socioculturais enquanto prática política, sendo, portanto, prática de um sujeito. Abrem-se, assim, perspectivas de liberdade e de autoprodução mais autônoma da vida, permitindo ao sujeito reinventar-se, fazendo emergir moldes diversos de agir, olhar para si e para o mundo, além de conferir sentido e estética à existência.

Delineamento da trajetória

Esta pesquisa foi concebida considerando o traçado de alguns passos delineados a fim de organizar a trajetória percorrida. Para alcançar os objetivos propostos neste trabalho, circunscreve-se, aqui, o seguinte percurso distribuído em cinco capítulos. O primeiro, de cunho eminentemente teórico, discutirá as relações estabelecidas pelo homem com a morte nos seus atravessamentos históricos e sociais e os discursos produzidos sobre o morrer e a morte desde a antiguidade até o mundo contemporâneo com seus efeitos éticos e políticos numa mesma sociedade.

No território das ciências sociais, a morte como objeto de estudo surgiu na década de 1960, com pesquisas históricas e sociológicas de Phillipe Ariès, Foucault, Norbert Elias, autores que enfocaram, pioneiramente, a passagem dos cuidados ao doente do monopólio da família e religiosos para os médicos e as instituições. Reconstitui-se todo o movimento histórico, trazendo à luz como as condições do morrer e da morte se alteraram profundamente desde o século XX à sociedade contemporânea.

No segundo capítulo, problematizam-se as relações do sujeito idoso com a finitude, sob o prisma da lógica de gestão biopolítica. Trata-se de uma discussão relevante para os debates que se travam em torno dos dilemas éticos e políticos entre o viver e o morrer nos dias atuais. Objetivava-se compreender o modo como se constitui e se sustenta a hegemonia de determinadas práticas médicas, cujo foco é a preocupação em gerir a vida, potencializá-la. O controle populacional é o que Foucault chamou de biopoder, o qual se manifesta e se exerce através do investimento das técnicas de regulação, vigilância e gerenciamento do homem enquanto ser vivo, enquanto espécie. Constituem-se, pois, como formas de regulação que estão a serviço da biopolítica.

A seguir, no terceiro capítulo, a proposta foi circunscrever a possibilidade de um método ou métodos de pesquisa à luz de Foucault. Partiu-se do tecer uma discussão acerca do método de abordagem do problema de pesquisa, edificando e fundamentando o caminho a seguir, destacando-se, sobretudo, os importantes aspectos conceituais, éticos e políticos. Foucault se preocupava com a questão da constituição do sujeito e suas mais variadas formas de expressão nos modos de ser e estilos de agir e existir, a partir das produções discursivas e suas contingências circunstanciais. Realizou-se, então, uma análise textual das discursividades, da relação complexa entre os campos de

saber e relações de poderes que atravessam a morte e o morrer, os tipos de normatividade e formas de subjetivação.

Delimita-se no quarto capítulo, a produção de sentidos atribuídos pelos idosos com doenças graves e incuráveis à vivência desta experiência e os modos de produção de subjetividade construídos no decorrer do processo de adoecimento. Como objeto de análise, os desafios do cuidado em torno do morrer e da morte, as estratégias de governança e as complexas tramas de saber-poder estabelecidas entre os agentes de cuidado (profissionais de saúde e familiares) e os pacientes idosos, no cenário hospitalar.

O quinto capítulo versa sobre os modos possíveis de estilização da velhice articulada à experiência do adoecimento e da finitude. Direcionar o olhar para os idosos, concedendo-lhes vez/ lugar e criando condições que lhes possibilitem falar e escutá-los, nesta pesquisa, se configurou como garantir a visibilidade a esses sujeitos, aos modos como estilizam a experiência do adoecimento associada à do envelhecimento, a qual pode portar valores éticos, inventivos e criativos. A articulação entre velhice e adoecimento nos remeterá, pois, a um campo político e discursivo, a partir do qual analisamos as estilizações dessas experiências singulares, atravessadas pelos contextos sócio-histórico e cultural.

E, para finalizar, apresenta-se uma discussão acerca das reflexões esboçadas no transcurso deste trabalho. Para tanto, fez-se a retomada de alguns pontos cruciais desta pesquisa com o intuito de ousarmos lançar algumas contribuições à clínica com idosos em condições de adoecimento e iminência da finitude.

“É impossível conhecer o homem sem lhe estudar a morte, porque, talvez mais do que na vida, é na morte que o homem se revela. É nas suas atitudes e crenças perante a morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental.”

Edgar Morin

1. HISTÓRIA DA MORTE: DA ANTIGUIDADE AOS DIAS ATUAIS

“... Esse eloquente cenário da morte oscilou em nossa época, tendo a morte se tornado a inominável. Tudo se passa como se nem eu nem os que me são caros não fôssemos mais mortais. Tecnicamente admitimos que podemos morrer... Mas, realmente, no fundo de nós mesmos, sentimo-nos não mortais”²¹.

Ariès

Pretende-se, neste capítulo, discorrer sobre as relações estabelecidas pelo homem com a morte nos seus atravessamentos históricos e sociais e os discursos produzidos sobre o morrer e a morte desde a antiguidade até o mundo contemporâneo com seus efeitos éticos e políticos numa mesma sociedade. Questões relativas à morte interessam a todo o arcabouço social.

Apesar de ser a morte um evento biológico permeado por significações culturais, tentaremos empreender esforços para compreendê-la na sua processualidade, ao passo que foi experienciada de diversas maneiras em diferentes contextos históricos e culturais. Denota, portanto, que podemos vivenciá-la a partir de determinadas discursividades que circulam, subjetivando-nos.

Enquanto fenômeno intrínseco à vida, a morte se apresenta irremediavelmente à consciência humana, denunciando nossa condição de seres mortais, finitos. Sermos conscientes da própria finitude é um fato que assombra, ameaça a nossa existência. Reportarmo-nos, pois, ao tema da morte, remete-nos a algo sombrio, enigmático, desconhecido, inimaginável, provoca medo dada a questão do aniquilamento do ser, cessação da vida. Na contraface disso, também nos gera inquietação, curiosidade, desperta o interesse.

Nas civilizações, sobretudo ocidentais, a morte foi carregada de metáforas; território discursivo interdito, proibido, revelando-se com dupla face: fascínio e, concomitantemente, aterroriza a humanidade. O mundo contemporâneo consagrado à

²¹ Ariès, P. (2012). História da morte no ocidente: *da Idade Média aos nossos dias*. Trad. Priscila Vianna de Siqueira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; p. 100.

técnica e aos avanços científicos até tenta controlar, adiar ou escamoteá-la, mas, definitivamente, trata-se de algo intransponível e irremediável.

A morte se tornou um temido e inexprimível assunto, evitado de todas as maneiras na sociedade moderna. Talvez porque nos chame atenção para nossa vulnerabilidade humana (...). Podemos retardá-la, mas não podemos escapar a ela. Nós, assim como os animais irracionais, estamos destinados a morrer. E a morte ataca indiscriminadamente (Kluber-Ross, 1996, p. 32).

O tema da morte carrega em seu bojo reflexões pluridisciplinares e múltiplas formas de abordá-lo. Indubitavelmente, discussões sobre o processo de morrer e a morte não são atuais. Referem-se a um fenômeno exaustivamente estudado e que continua sendo objeto de pesquisa nos dias de hoje, reivindicando, pois, esforço de caráter interdisciplinar: História, Psicologia, Sociologia, Filosofia, Antropologia são todas disciplinas cujas formulações constituem campos específicos para sua abordagem e investigação. Essa necessidade é uma exigência do próprio objeto de estudo multifacetado e atravessado pela complexidade dos contextos sócio-histórico, político, econômico e cultural.

O estudo da morte e sua inserção no campo da História, por exemplo, é extremamente interessante. Tal como um arqueólogo, logramos fazer escavações para buscar fragmentos, reuni-los, recompô-los, possibilitando, assim, criar e fazer uma análise dos artefatos históricos. Para tanto, consideraremos as diversas mudanças as quais intervieram ao longo de todo o percurso histórico. Digno de nota nos adverte Ariès (2012) que “as transformações do homem diante da morte são extremamente lentas por sua própria natureza ou se situam entre longos períodos de imobilidade” (p. 24).

O modo distinto como algumas culturas têm lidado com as representações da morte sempre foi fonte de inspiração para doutrinas filosóficas, religiosas. A morte como mistério impenetrável sempre desafiou e ainda desafia as mais diferentes culturas, as quais buscam saídas ou modos de expressão nos mitos, na filosofia, nas artes e nas religiões para tentar torná-la compreensível ou ao menos inteligível.

Cabe ressaltar que não se tem a pretensão de escrever, neste trabalho, um tratado sobre a morte. Mas sim, examinar alguns apontamentos que nos ajudem a aprofundar o entendimento de como foi construído historicamente o modelo de morte encontrado nos

dias de hoje. Retoma-se, agora, desde os primórdios das civilizações para ilustrar a forma como o sujeito se posiciona perante a morte e o morto, a qual tem papel decisivo na construção e na manutenção de sua própria identidade coletiva bem como na formação cultural.

1.1. Um olhar sobre a relação do homem com a morte ao longo dos tempos

Desde a Antiguidade, arqueólogos e antropólogos, em seus estudos, já haviam descoberto que o homem de Neanderthal²² já se preocupava com os mortos oferecendo-lhes os jazigos, ou seja, os mortos não eram simplesmente abandonados sem algum vestígio de um rito. Para Kovács (1992), a morte está presente na espécie humana durante todo o processo evolutivo e nos alerta: “a sociedade funciona apesar da morte, contra ela, mas só existe enquanto organizada pela morte, com a morte e na morte” (p. 29). Segundo Kastenbaum e Aisenberg (1983), os egípcios da antiguidade consideravam a morte como uma ocorrência dentro da esfera de ação. Eles tinham um sistema cujo objetivo era ensinar cada indivíduo a pensar, sentir e agir em relação à morte.

Na sociedade mesopotâmica, os mortos eram sepultados com extremo zelo, junto aos corpos eram postos alguns pertences (roupas, insígnias, pertences e objetos pessoais de uso) que marcavam a sua identidade pessoal e familiar, sendo isso a garantia de que nada lhes faltaria ao atravessarem o mundo da vida para o da morte. Na visão dos mesopotâmios esse ritual tinha como objetivo a representação de morte como passagem. A grande preocupação era que nada atrapalhasse a travessia do morto para o outro mundo.

A tradição característica cultural da civilização grega nos seus ritos funerários era a prática de cremar o corpo do morto com o intuito de assinalar sua nova condição existencial e social. Todavia, existiam dois tipos de mortos: comuns ou anônimos que eram cremados e enterrados em valas coletivas e os grandes heróis falecidos, levados à pia crematória, num cerimonial de bela morte. Para os gregos, esse ritual tornava o herói

²² *Homo neanderthalensis* é uma espécie extinta, fóssil, do gênero *Homo* que habitou a Europa e parte do oeste da Ásia, cerca de cerca de 350 000 anos atrás até aproximadamente 29 000 anos atrás nos períodos Paleolítico Médio e Paleolítico Inferior, no Pleistoceno e também coexistiu com o *Homo sapiens*.

morto, imortal. Os gregos cremavam seus mortos na intenção de guardar nas cinzas, as lembranças, memória daquele que partiu.

Sob esta ótica, historicamente, a morte sofreu profundas mutações ao passo que suas condições também foram marcadamente transformadas. Analisar essas transformações bem como as atitudes do homem ao lidar com a morte serão aqui exploradas e, por serem assuntos imprescindíveis, não poderiam estar à margem deste trabalho.

Será lançado um olhar, baseando-nos, fundamentalmente, nas célebres obras do historiador francês Philippe Ariès, *A História da Morte no Ocidente* (2012) e *O Homem diante da morte* (1989) para apresentarmos as típicas representações sociais da morte a cada época, com as suas conjecturas e contingências e, num determinado momento histórico que caracterizava, por sua vez, as atitudes do homem no confronto com o inevitável. Reportaremos-nos também às obras de Michel Foucault e Norbert Elias para fundamentar as análises porque são autores que se ocuparam com o tema da morte, tomando-o como objeto de seus estudos. Logra-se compreender como os impactos na sociedade através dos tempos não apenas repercutiram, mas também permitiram a construção das condições de possibilidade de emergência do modelo contemporâneo de morte.

A cultura ocidental, desde a Idade Média até a Idade Contemporânea, tem suas raízes na civilização grega, berço do pensamento ocidental além de ter também sofrido fortes influências de religiões como o judaísmo e o cristianismo. Na Idade Média, identificam-se significativas mudanças em relação ao morrer e à morte, em dois tempos: na primeira ou Alta Idade Média (do século V até o XII) e na segunda ou baixa Idade Média (do século XII até o XV).

Para traçar esse panorama, a ideia é fazer um breve passeio desde a morte domada, na Alta Idade Média, triunfo da postura religiosa até a morte interdita na modernidade ou selvagem, na contemporaneidade, marcada acentuadamente pela negação, medicalização e pelo tecnicismo, período este compreendido entre a segunda metade do século XIX até os dias atuais, com exacerbação após as duas Grandes Guerras Mundiais. Revisitam-se, neste momento, as obras de Ariès para descrever as quatro representações de morte nas sociedades ocidentais, as quais o autor historiou ao

longo dos dois últimos séculos: 1- morte domada; 2- morte de si; 3- morte do outro; 4- morte interdita, cada qual correspondendo a um determinado tempo histórico.

1.1.1. Morte domada

Ariès tomou como ponto de partida em suas análises a Idade Média, tendo o interesse de observar as mudanças que ocorreram neste período e os possíveis sentidos a elas atribuídos que, conseqüentemente, modificaram a atitude do sujeito face à morte. Logo, em seus estudos, a primeira questão se impôs: como morriam os cavaleiros da gesta ou dos mais antigos romances medievais? Eis sua resposta:

Primeiramente, são advertidos. Não se morre sem se ter tido tempo de saber que se vai morrer. Ou se trataria da morte terrível, como a peste ou a morte súbita, que deveria ser apresentada como excepcional, não sendo mencionada. Normalmente, portanto, o homem era advertido (Ariès, 2012, p. 31).

Nesta época, nas observações do autor, a aristocracia da cavalaria impusera imagens das culturas populares e orais à sociedade de clérigos letrados, herdeiros e restauradores da antiguidade sábia. Nos tempos medievais, a morte domada, portanto, não acontecia de qualquer forma, era regulamentada por ritual benevolente, não se apoderava do indivíduo de modo traiçoeiro e sem aviso prévio. Por essa razão, não era súbita nem repentina.

Os homens da época medieval eram antes observadores de si próprios. Imbuídos de convicção íntima e também de signos naturais. A sociedade foi assolada pela fome; pela peste que se tornou mais renitente e varreu a Europa; por outras doenças e epidemias; pelas cruzadas; guerra; violência; pela inquisição, além de outros eventos provocadores da morte em massa. O homem passa, então, a conviver com a sensação de perigo iminente e constante ameaça de morte.

Da análise documental foram depreendidas algumas facetas. O moribundo, ao pressentir a proximidade de sua morte, tomava algumas providências: recolhia-se ao seu leito, o qual se transformava num lugar público de livre entrada das pessoas para despedidas; sempre estava acompanhado por familiares, amigos e vizinhos todos se faziam presentes, inclusive as crianças eram admitidas e tinham um lugar de destaque nos cortejos fúnebres. É importante realçar que:

Os médicos higienistas do fim do século XVIII que participaram dos inquéritos... e da Academia de Medicina começaram a se queixar da multidão que invadia o quarto dos moribundos. Sem grande êxito, já que, no início do século XX, quando se levava o viático a um doente, qualquer um, mesmo desconhecido da família, podia entrar na casa e no quarto do moribundo (Ariès, 1989, p. 21).

Observa-se, nesse trecho, que os médicos, aos descobrirem as primeiras regras de higiene, passaram a queixar-se do número excessivo de pessoas que frequentavam o quarto dos agonizantes. Isso também é regulado hoje, principalmente nos hospitais sob o risco de infecções. Nesse contexto, existiam costumes e um ritual a ser cumprido: lamento da nostalgia da vida; pedido de perdão por suas faltas e culpas; legava seus bens e, como único ato religioso, a absolvição sacramental. Após a prece somente lhe restava ficar deitado, “jazendo no leito, enfermo” tal como constava nos testamentos à espera do momento do fim existencial, o qual não tardava em acontecer. Cumpriam-se, assim, os últimos atos do cerimonial tradicional.

Segundo o historiador, no início da Idade Média havia um sentimento de familiaridade com a morte que era encarada como algo muito simples. Tratava-se de um acontecimento público e organizado pelo próprio moribundo que o preside, conhece e cumpre todo o seu protocolo. Em caso de esquecimento, médicos, assistentes ou o padre garantiriam o reestabelecimento da ordem. O moribundo resignado sabia que iria morrer e aceitava seu destino, tal como os cavaleiros dos mais antigos romances medievais que se deitavam com a cabeça voltada para o oriente no instante em que pressentiam a morte próxima.

Isto posto, concluía-se que havia uma certa simplicidade com as quais os ritos de morte eram aceitos e cumpridos. Apesar de haver manifestações de dor e tristeza, não tinha, no entanto, caráter dramático ou gestos de emoção excessivos. Sendo a morte nesta época familiar e próxima é que foi designada como “morte domada”. Apesar da atitude familiar ante a morte, os homens temiam a coexistência dos vivos e dos mortos; soava como algo incômodo e, por isso, preferiam mantê-los à devida distância. Os cultos funerários e as práticas rituais objetivavam impedir que os defuntos se aproximassem ou perturbassem os vivos, evitando assim, a contaminação tanto física relacionada à decomposição do corpo quanto psíquica naquilo que se refere à possível visita dos mortos enquanto espíritos, fantasmas ou almas penadas.

Durante a Idade Média, as igrejas eram os locais que abrigavam as sepulturas, isso porque a proximidade dos santos representava, de certa forma, uma espécie de proteção; conservava-se o corpo dentro de seus limites sagrados. Pregava-se, distribuía-se os sacramentos, faziam-se procissões no pátio, enterravam-se os mortos, havia galerias recobertas por ossuários. Era esse o cenário no período medieval que perdurou nos séculos XVI e XVII até a Idade das Luzes.

Dado o crescimento das populações e das metrópoles, além de razões sanitárias e de salubridade, os cemitérios foram deslocados para fora das cidades, à beira das estradas, tendo sido proibido nesses espaços, jogos, danças e feiras. As sepulturas anônimas, até o século XII, passaram a ser identificadas por inscrições, efígies e retratos, haja vista ser muito importante a preservação da identidade após a morte.

Construíram-se, assim, cemitérios em grandes parques, os quais se tornaram locais de passeio, descanso e oração, além de enterros. Havia uma significativa distinção entre os mais nobres e os menos favorecidos. Aos primeiros à imponência dos túmulos ao passo que aos últimos estavam-lhes reservados túmulos menores, em lugares mais simples. Aos indigentes vitimados por epidemias ou guerras, destinavam-lhes as valas coletivas. Em suma, no século XII, na Idade Média, a relação do homem com a morte era natural, familiar, ritualizada, comunitária, sem muitos questionamentos e enfrentada com resignação.

1.1.2. Morte de si próprio

Esta segunda modalidade de morte foi denominada como “morte de si mesmo”. Inicia-se na segunda metade da Idade Média por volta do século XI e XII até o XIV. Nesse período o processo do morrer assume conotação pouco mais sombria, sendo marcado pelo reconhecimento por parte do sujeito de sua própria biografia. A morte sempre presente em seu âmago tornou-se o lugar em que o homem tomou melhor consciência de si mesmo. Ariès (2012) fez questão de frisar que esta não era a nova atitude humana ao relacionar-se com a morte e que também não substituiria a domada de outrora, mas sim, se tratava de modificações um tanto sutis que gradualmente “darão um sentido dramático e pessoal à familiaridade tradicional do homem com a morte” (p. 49).

Nessa época, o homem socializado, ao familiarizar-se com a morte, seria um modo de aceitar a ordem da natureza, por isso deveria acatar e encarar o processo com naturalidade. Segundo o autor, seria uma aceitação ingênua na vida cotidiana e, concomitantemente, sábia nas especulações astrológicas e, prossegue afirmando:

Com a morte, o homem se sujeitava a uma das grandes leis da espécie e não cogitava em evitá-la, nem em exaltá-la. Simplesmente a aceitava, apenas com a solenidade necessária para marcar a importância das grandes etapas que cada vida deveria sempre transpor (Ariès, 2012, p. 50).

A partir daí, passou a analisar uma série de fenômenos novos que iriam introduzir a preocupação com os aspectos particulares de cada sujeito, são eles: representação do Juízo Final; deslocamento do juízo para o fim de cada vida no momento da morte; temas macabros e o interesse nas imagens da decomposição física; volta à epígrafe funerária e em princípio de personalização das sepulturas. No fim do século XV ou no início do XVI tinha-se o Juízo Final como uma espécie de documento de identidade ou como uma “balança” das contas em vida onde eram pesados o bem e o mal e que precisavam ser apresentadas às portas da eternidade.

Curiosamente, o momento em que se encerra esta “balança” não é o da morte e sim o *dies illa*, o último dia do mundo no final dos tempos. Observa-se aqui a recusa inveterada em assimilar o fim da existência à dissolução física. Acreditava-se em uma vida além da morte que não ia necessariamente até a eternidade infinita, mas que promoveria uma conexão entre a morte e o final dos tempos (Ariès, 2012, p.52).

Para o historiador a representação do Juízo Final estaria ligada à da biografia pessoal que não se encerraria no momento da morte, mas sim, no final dos tempos. Tratava-se de um julgamento longínquo, realizado por Deus a toda a humanidade. O juízo final transfere-se para o leito do moribundo, tal como ilustram as iconografias das *Artes Moriendi*, o qual está deitado e cercado por seus familiares e amigos, então, “seres sobrenaturais invadiram o quarto e se comprimem na cabeceira do “jaciente”. De um lado, a Trindade, a Virgem e toda a corte celeste e, de outro, Satã e o exército de demônios monstruosos” (p. 53). Um acerto de contas era invocado a partir da biografia individual, momento em que eram avaliados os erros e acertos. A morte passa a se tornar uma espécie de julgamento.

O comportamento nos momentos derradeiros seria vital para definir se o seu merecimento seria o céu ou o inferno. A morte passa, assim, a assumir um caráter dramático, com carga de emoção que antes não possuía. É um rito apaziguante que solenizava a passagem e reduzia as diferenças específicas entre os indivíduos. É relevante observar a aproximação que se opera entre a representação tradicional da morte no leito e a do juízo individual de cada sujeito em particular. Nas cerimônias de sua própria morte, o moribundo prossegue no centro da ação, presidindo-a e, também determinando-a partir de suas vontades e de seus desejos. Assinalava Foucault no curso “Em defesa da sociedade” (1976/2010) que essas transformações relacionadas à morte estavam articuladas às tecnologias de poder:

A morte era um momento em que se passava de um poder, que era o do soberano aqui na terra, para aquele outro poder, que era o do soberano do além. Passava-se de uma instância de julgamento para outra, passava-se de um direito civil ou público, de vida e de morte, para um direito que era o da vida eterna ou da danação eterna. Passagem de um poder para outro. A morte era igualmente uma transmissão do poder do moribundo, poder que se transmitia para aqueles que sobreviviam: últimas palavras, últimas recomendações, últimas vontades, testamentos, etc. Todos esses fenômenos de poder é que eram assim ritualizados (p. 208).

Há também, neste período, o surgimento do cadáver decomposto na arte e na literatura, além da individualização das sepulturas cuja preocupação seria conservar a identidade do indivíduo após a morte e perpetuar sua memória nesse local. Comportavam-se nos sarcófagos de pedra além dos nomes dos defuntos, seus retratos e pequenas placas com inscrições. Os personagens ilustres, clérigos tinham grandes túmulos monumentais esculpidos, passando do completo anonimato ao retrato realista.

Isto retratava a mudança no espelho da morte, *speculum mortis* no dizer de alguns autores da época, daí as origens do individualismo estariam aqui situadas quando o sujeito passa a conviver com o pensamento na morte e, “no espelho de sua própria morte, cada homem redescobria o segredo de sua individualidade” (Ariès, 2012, p. 65). Nesse contexto, o homem resignava-se sem resistências à ideia de ser mortal e ao destino coletivo da espécie, *et moriemur* (morremos todos) e reconhece a si próprio em sua morte, tendo descoberto a morte de si mesmo.

1.1.3. Morte do outro

Nas sociedades ocidentais, a partir do século XVIII, havia uma tendência em dar à morte um novo sentido, com intensa exaltação, dramatização, desejo arrebatador, manifestações familiares exageradas de luto e o culto às sepulturas. Ao mesmo tempo, o homem se ocupava cada vez menos com sua própria morte que passa a se distanciar de um acontecimento cotidiano comum para se tornar motivo de transtorno, incômodo. Assim, a morte romântica, retórica é antes de tudo, a morte do outro. É também erotizada, marca que se observava nas artes (danças macabras e sensuais).

A partir do século XVI e mesmo no fim do século XV vemos os temas da morte carregarem-se de um sentido erótico... Com o ato sexual, a morte é, a partir de então, cada vez mais acentuadamente considerada como uma transgressão que arrebatava o homem... A morte é uma ruptura. (Ariès, 2012, p. 67).

Ora, eis que surge agora um novo elemento, a ruptura. Se antes a familiaridade com a morte e os mortos não havia sido afetada, mesmo com a conscientização individual de si, com a qual pode perceber-se como sujeito de sua própria história, agora tornava-se um acontecimento que carrega em si significativas repercussões. Muito embora não se tenha tornado apavorante nem obsessiva, permanecia familiar e domada.

Mas, de que ruptura se estaria falando? A morte passa a ser representada revestindo-se com dor dramática devido à intolerância com a perda, a separação. A expressão de luto exagerado no século XIX significava a dificuldade de aceitação da morte do outro, a repugnância em aceitar o desaparecimento do ente querido. Passa-se, então, a temer não a própria morte, mas a do outro. A ideia de morte comove, não é mais desejável e, sim, admirável por sua beleza, tendo o historiador denominado de morte romântica.

A grande mudança apontada por Ariès surgiu no fim do século XVIII, tendo-se tornado um dos traços do Romantismo: a complacência para com a ideia da morte. Outro fator cambiante refere-se à relação entre o moribundo e sua família fundamentada no afeto, nas emoções e sentimentos de afeição. O autor nos chama a atenção para o seguinte:

Do século XIII ao século XVIII, o testamento foi o meio para cada indivíduo exprimir, frequentemente de modo muito pessoal, seus pensamentos profundos, sua fé religiosa, seu apego às coisas, aos seres que amava, a Deus... (Ariès, 2012, p. 71).

O testamento passa, então, a ser instrumento no qual o sujeito podia expressar suas ideias, vontades, sentimentos; transmissão de sua herança; meio para afirmar suas próprias convicções; ato legal de direito privado para distribuição de fortuna. O autor demarca que o enfermo ao testemunhar aos que lhe eram próximo, uma confiança, delegando-lhes poderes, isto seria um momento muito importante da história das atitudes diante da morte.

A complacência romântica garantia maior ênfase às palavras e aos gestos do moribundo que apesar de manter o papel principal no cerimonial de sua morte passou a ter os assistentes não mais como meros figurantes passivos. O ponto marcante desta época foi a linha de ruptura que retorna à cena em meados do século XX, tal como podemos apreciar neste trecho que se segue: “A grande recusa da morte no século XX é incompreensível se não levarmos em conta essa ruptura, pois foi apenas em um dos lados desta fronteira que esta recusa nasceu e se desenvolveu” (p.84).

1.1.4. Morte interdita

Ariès pontua que o longo período histórico que percorreu estudando sobre a morte e o morrer, situando-o desde a Alta Idade Média estendendo-se da metade do século XIV até os dias de hoje, não resta dúvidas de que houve muitas mudanças nas atitudes humanas em relação à morte, embora tenham se processado de forma lenta no transcorrer dos séculos. Assistimos a uma brutal revolução dos sentimentos tradicionais e das ideias ao ponto que a morte de tão presente e familiar, no passado, torna-se vergonhosa e objeto de interdição.

Desde a metade do século XIX já se observava uma tendência por parte daqueles que cercavam o moribundo de poupá-lo e de ocultar-lhe o seu real estado grave de saúde. Para Ariès (2012), “os parentes não têm mais a coragem cruel de dizer eles próprios a verdade” (p. 85). A verdade começava, então, a ser problemática, pois existia um pacto de silêncio que busca ocultar a proximidade da morte a todo custo. O desejo de poupar o enfermo para evitar-lhe o sofrimento pela iminência do morrer tem sua origem tanto na intolerância com a morte do outro como no sentimento de confiança do

moribundo nos que o cercam, conforme estudamos e advertimos outrora. Assim, os ritos de morte apesar de se manterem conservados começam a ser esvaziados de sua carga dramática, conseqüentemente, tem-se o início do processo de escamoteamento.

Eis que surge um novo fenômeno: o deslocamento do lugar da morte. O enfermo não morre mais em casa em meio aos familiares, mas no hospital, sozinho - a solidão dos moribundos, no dizer de Elias (2001). Evidencia-se sua perda da capacidade de presidir o cerimonial ritualístico de sua própria morte acompanhado pelos seus e por amigos. Morrer em casa tornou-se inconveniente, logo, o hospital seria o local onde se prestam os devidos cuidados aos doentes.

Antigamente era o asilo dos miseráveis e dos peregrinos; primeiro tornou-se um centro médico, onde se cura e onde se luta contra a morte. Continua tendo essa função curativa, mas começa também a considerar um certo tipo de hospital como o lugar privilegiado da morte. Morre-se no hospital *porque* os médicos não conseguiam curar. Vamos ao hospital não mais para sermos curados, mas precisamente para morrer (Ariès, 2012, p. 86).

Foucault em suas incursões arqueogenealógicas relacionadas à história dos cuidados no Ocidente observou que os hospitais que funcionavam na Europa desde a Idade Média não eram, de modo algum, locais concebidos para curar. Também não se constituíam como uma instituição médica. Por sua vez, nesta época, a medicina era uma prática não hospitalar. A medicina dos séculos XVII ao XVIII era profundamente individualista. A grande novidade que ocorreu no século XVIII foi a constituição de uma medicina hospitalar ou um hospital terapêutico; até meados deste século, hospital e medicina permaneceram independentes. Na prática médica ainda não se havia instituído a organização de um saber hospitalar, assim como a organização do hospital não permitia intervenção da medicina.

Digno de realce não apenas Phillippe Ariès, mas também Michel Foucault realizaram pesquisas históricas cujo enfoque era a delegação do monopólio dos cuidados administrados ao moribundo, antes responsabilidade da família e dos religiosos para os médicos e as instituições. O filósofo enfatizou em seus estudos, o surgimento do hospital na tecnologia médica, o qual foi programado enquanto instrumento terapêutico de intervenção sobre a doença e o doente:

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 (Foucault, 1985, p. 99).

É importante sublinhar que as primeiras instituições de acolhida estavam enraizadas em valores filantrópicos e religiosos e se expandiram na Europa entre os séc. XVII e XVIII. Neste cenário sócio-histórico, em *Microfísica do Poder*, Foucault (1985) nos apresenta concepções introdutórias acerca do nascimento do hospital:

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-los, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento (p.101-102).

Foucault chamava a atenção que, nesta época, o hospital era um “morredouro”, isto é, local onde as pessoas morriam. Ainda não havia fundamentalmente a preocupação com a cura do doente, mas em conseguir a sua salvação. Para isso, os caritativos (religiosos ou leigos) tinham como propósito assegurar a salvação eterna. Salvação tanto da alma do pobre no momento de sua morte quanto das próprias pessoas que praticavam as obras de caridade para com eles. Os hospitais que funcionavam na Europa desde a Idade Média tinham, portanto, o caráter meramente assistencial, de cunho caritativo e religioso.

O hospital tinha, pois, por função, a transição entre a vida e a morte, a salvação espiritual e a segregação daqueles indivíduos considerados perigosos que ameaçavam a saúde da população. Dá-se início ao modelo de organização médica na história ocidental. O leproso, por exemplo, caso fosse descoberto, seria expulso do convívio em espaços comuns, ou seja, posto para fora dos muros da cidade para não correr o risco de contaminar os outros, então, “o mecanismo da exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros” (Foucault, 1985, p. 88). Tratava-se, pois, do esquema

político-médico da boa organização sanitária, com seus métodos de vigilância, controle da circulação e hospitalização.

O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrinhado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos (p. 89).

Quanto mais se avançava no século XX tanto mais se impunha a organização da instituição hospitalar, sua tecnologia política e disciplina no dizer foucaultiano: progressos do conforto com a supressão ou alívio do sofrimento e das agonias; higienização pessoal; ideias de assepsia; técnicas cirúrgicas, de reanimação; tratamentos médicos prolongados e exigentes; laboratórios farmacêuticos; uso de material complexo; necessidade de intervenções com recurso aos aparelhos sofisticados, os quais conduziam, frequentemente, os doentes em estado grave a permanecerem no hospital. Ariès (2012) fala da morte enquanto fenômeno técnico provocado pela cessação de cuidados:

(...) de maneira mais ou menos declarada, por decisão do médico e da equipe hospitalar. Inclusive, na maioria dos casos, há muito o moribundo perdeu a consciência. A morte foi dividida, parcelada numa série de pequenas etapas dentre as quais, definitivamente, não se sabe qual a verdadeira morte, aquela em que se perdeu a consciência ou aquela em que se perdeu a respiração (...). Todas essas pequenas mortes silenciosas substituíram e apagaram a grande ação dramática da morte (p. 86).

Segundo Ariès (1990), esta nova modalidade de morrer “surgiu durante o século XX em algumas zonas mais industrializadas, urbanizadas e tecnicamente adiantadas do mundo ocidental” (p. 613). Todas essas condições, em sua plena eficácia, encontravam-se reunidas nos hospitais, local do monopólio do saber médico, observação e ensino.

Por exemplo, o moribundo era hidratado e alimentado por perfusões intravenosas, o que lhe poupava o sofrimento da sede. Um tubo ligava a boca a uma bomba, que aspirava as mucosidades e não o deixava sufocar. Os médicos e as enfermeiras administravam calmantes, cujos efeitos podiam controlar, variando também as doses. Tudo isso é hoje bem-conhecido e explica a imagem deplorável, que passou a ser clássica, do moribundo erizado de tubos (Ariès, 1990, p. 637).

O historiador observa que, nos dias de hoje, a família está tão alienada quanto o próprio moribundo e, portanto, o médico e a equipe hospitalar “são eles os donos da morte”. Então, a morte aceitável seria aquela que pudesse ser tolerada pelos sobreviventes. Tanto no hospital (lócus de razão e da técnica) como na sociedade, as expressões de emoções demasiadamente fortes deveriam ser evitadas. Tinha-se o direito à comoção em particular, às escondidas, de forma solitária. E, assim, houve uma significativa mudança no cenário da morte que havia permanecido o mesmo até então, durante séculos.

Os ritos dos funerais também se modificaram; a morte nova e moderna faz desaparecer o corpo, existe um cerimonial para as despedidas que marca a partida e, as condolências à família são suprimidas ao final dos serviços de enterro. As manifestações de luto são condenadas, “uma dor demasiado visível não inspira pena, mas repugnância; é um sinal de perturbação mental ou de má educação. É mórbida” (p. 87).

Ressalta Ariès, no entanto, que o luto interdito e a interdição da dor em sua manifestação pública tende a agravar o traumatismo decorrente da perda. Esses fenômenos representam, pois, a colocação de um interdito, aquilo que antes era exigido, agora passa a ser efetivamente proibido. No século XX, impera o silêncio; a morte encarada como vergonhosa, um assunto proibido desbancou o sexo como o principal interdito e tabu da sociedade. A tristeza e o luto foram banidos; “o luto não é mais um tempo necessário e cujo respeito a sociedade impõe: tornou-se um estado mórbido que deve ser tratado, abreviado e apagado” (p.94).

A morte deixa de ser um acontecimento público, um fato social, pois não mais havia a participação comunitária. O enfermo também não era mais comunicado que seu fim estaria próximo; é a ocultação da morte pela doença e pela interdição; no dizer de Kovács (2013) estabelece-se o fenômeno do “pacto de silêncio” no qual família e equipe médica evitam transmitir notícias difíceis e desagradáveis. À proporção em que os cerceamentos vitorianos relaxavam quanto ao sexo tanto mais se tinha rejeição em relação à morte. A morte tornara-se vergonhosa e interdita como o sexo na era vitoriana ao qual sucedia; substituía-se, assim, uma interdição por outra.

Segundo Foucault (1976/2010) há um deslocamento da morte que deixa de ser um grande acontecimento público ritualizado com a participação dos indivíduos,

familiares e toda a sociedade em geral para tornar-se, ao contrário, algo escondido, privado e vergonhoso.

... A grande ritualização pública da morte desapareceu, ou em todo caso foi se apagando, progressivamente, desde o fim do século XVIII até agora. A tal ponto que, agora, a morte – deixando de ser uma daquelas cerimônias brilhantes da qual participavam os indivíduos, a família, o grupo, quase a sociedade inteira – tornou-se, ao contrário, aquilo que se esconde; ela se tornou a coisa mais privada e mais vergonhosa (e, no limite, é menos o sexo do que a morte que hoje é objeto do tabu) (Foucault, 2010, p. 208).

Os rituais foram sendo gradativamente extintos; o moribundo não era mais protagonista de sua própria morte, a qual passa a ser definida pelo cuidado médico. Tal prática hegemônica perdura até os dias de hoje. De suas residências, em seus quartos, o enfermo transfere-se, então, para o dos hospitais, onde se amontoam os doentes graves em perigo iminente de morte. Por razões de ordem técnica e médica essa transferência foi prontamente aceita, estendida e facilitada pelas famílias com a sua cumplicidade. O hospital é, daí em diante, o único local em que a morte pode certamente escapar a uma publicidade – ou o que dela resta -, considerada, portanto, uma inconveniência mórbida (Aries, 1990, p. 624).

O enfermo fica em situação de isolamento, solitário. Esta nova forma de morte nas sociedades rouba-lhe o caráter de cerimônia pública, fazendo dela um ato privado. Tornou-se, regra geral, até mesmo o afastamento da família quando da hospitalização de pessoas acometidas por graves doenças. Eis o triunfo da medicalização. Termo este usado para fazer referência à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina. Os estudos se relacionavam para a análise e intervenção política da medicina no corpo social, mediante o estabelecimento de normas, regras de condutas e prescrições de comportamentos a serem adotados pelos indivíduos que passaram a ser atravessados pelo saber médico-científico circulante. O discurso médico causava um grande impacto na vida dos sujeitos.

A medicina, o hospital, toda a administração dos cuidados e a burocratização obedecem às regras estritas de método e disciplinamento. Pode-se manter artificialmente a vida; um doente grave pode sobreviver por tempo indeterminado. Apesar de o médico não poder suprimir a morte, pode, por outro lado, regular-lhe a

duração (dias, semanas, meses ou até anos). O tempo da morte pode ser prolongado por intervenção médica. Pode-se permitir à vida vegetativa, retardar o momento fatal.

Nas culturas tecnicizadas, surge um novo modelo de morte, a medicalizada, aparatosa, lenta e nada suave. A morte não mais pertence ao moribundo ou à sua família, mas está regulada e organizada por uma burocracia médica e hospitalar. Para Kubler-Ross (1996), o hospital representa uma instituição que, diferentemente do modo como deveria funcionar, tem de tornar rotineiras as emergências de seus clientes e suas variadas necessidades individuais (p.38). Sobre isso, Ariès (2012) observou que:

Os autores chocaram-se com a maneira de morrer, com a desumanidade, a crueldade da morte solitária nos hospitais e em uma sociedade em que o morto perdeu seu lugar eminente reconhecido pela tradição durante milênios, em que o interdito sobre a morte paralisa, inibe as reações do círculo médico e familiar. Preocuparam-se também com o fato de que a morte venha se tornando objeto de uma decisão voluntária dos médicos e da família, decisão hoje vergonhosa e clandestina (p. 98).

Segundo Kovács (2013), a “morte interdita” pode ser relacionada, em parte, ao hospitalocentrismo, quando o hospital se tornou o reduto de pacientes em fim de vida, como fuga social para se evitar a angústia de se enfrentar as realidades das doenças fatais e da finitude da vida.

Este foi o eloquente cenário do morrer e da morte esboçado até aqui, descrito por Ariès, cujas pesquisas sobre esse assunto prolongaram-se durante mais de quinze anos, mas que ainda se sustenta nos dias de hoje como uma visão abrangente das graduais transformações ocorridas no transcorrer dos séculos, no modo do sujeito lidar com a morte.

Em síntese, abordamos desde a familiar, domesticada, próxima e presente no período medieval até a situação da angústia existencial do doente grave nos nossos dias atuais, despojado de sua responsabilidade, de sua capacidade de refletir, observar e decidir, sendo condicionado pela doença e pela medicina, morrendo no hospital; morte interdita, negada, silenciada. Com o aparato científico que a recobre, a morte tornou-se selvagem. O paciente é objeto de sua doença e não sujeito de seu próprio sofrimento; fica alienado quanto às possibilidades de construir um saber sobre suas dores e angústias. A despeito dessa análise histórica empreendida por Philippe Ariès, traz-se,

neste momento, algumas considerações históricas tomando por base o referencial foucaultiano.

1.2. Sobre o morrer e a morte: uma história paradigmática

No transcorrer dos séculos, ao longo da história da humanidade, pudemos observar alterações significativas e radicais no tocante às atitudes e representações sociais do homem em relação à morte. Da antiguidade ao Renascimento, confiava-se aos sacerdotes religiosos o poder sobre a vida, sob o domínio das verdades instituídas pela Igreja. A partir do momento em que há o reconhecimento e a legitimação da ciência como principal produtora de verdades e, assim, o discurso científico se torna hegemônico, é que se confia aos médicos o poder sobre a vida. Segundo Elias (2001), as mudanças de atitudes em relação à morte, na história, fazem parte do curso de um processo civilizador (p.24).

Durante milênios, o homem sempre se posicionou enquanto senhor de sua própria morte, ator de seu próprio drama, gerindo sua trajetória até o fim de vida. Para Kovács (1992), atualmente, o médico tornou-se o senhor da vida e da morte (p 236). Até o século XVII, o hospital enquanto espaço administrativo e político era um mero depositário da miséria e da morte sendo, portanto, um local de assistência, separação e exclusão. No final do século XVIII, gradativamente, foi-se articulando, reorganizando-se, deixando de ser uma simples figura arquitetônica para se transformar numa instituição terapêutica que forma médicos, produz saber e conhecimento científico, legitimando-os.

Foucault, em seus estudos, não negligenciou o fato de que toda produção de qualquer que seja o conhecimento é culturalmente delimitada e localizada, além de estabelecer-se em meio às relações de poder. Nesse sentido, historicamente, saber e poder se entrecruzam. Suas pesquisas se ativeram, sobretudo, na transição da época clássica à modernidade. Esse período foi enfatizado porque demarcava a passagem do Iluminismo para o século XIX, fase esta de grande ascensão da ciência, cujos pressupostos metodológicos empiristas e positivistas se impuseram institucionalmente enquanto produtores de verdades. O saber, agora, deve ser provável, isto é, tinha que ser provado para então ser reconhecido e legitimado. Ou, no dizer de Foucault (1985), deve possuir um objeto passível de observação, experimentação e análise.

É na obra *Nascimento da Clínica* (1998) que o filósofo busca compreender como se instituiu a racionalidade anátomo-clínica, estruturante da medicina ocidental moderna, a qual permeou a consolidação do saber médico, donde o principal objeto investigativo se configura na doença ou no corpo do ser que adoece (Foucault, 1998). Para ele, a doença e o corpo do doente foram constituídos e fundados para um olhar positivo e prossegue afirmando que a percepção da doença no doente supõe, portanto, um olhar qualitativo (p.13).

Na clínica, há o entrecruzamento de corpos e olhares e, nesse sentido, o saber do sofrimento é inserido num discurso redutor e objetivante. As condições de possibilidade da experiência clínica se dariam quando da aplicação do olhar sobre a doença conferindo-lhe objetividade. No corpo do doente, sempre há um *a priori*, assim “o olho torna-se o depositário e a fonte da clareza; tem o poder de trazer à luz uma verdade que ele só recebe à medida que lhe deu à luz; abrindo-se, abre a verdade de uma primeira abertura...” (Foucault, 1998, p. XI).

A partir de então, esse olhar passa de não mais redutor para fundador do sujeito, organiza-se, assim, em torno dele uma linguagem racional, daí “a experiência clínica – do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade – foi tomada como um confronto simples, sem conceito, entre um olhar e um rosto, entre um golpe de vista e um corpo mudo...” (p. XIII).

A medicina moderna, no fim do século XVIII sofre uma transformação fundamental na organização de seu conhecimento e sua prática que passam sob a égide do presumido empirismo para o glorioso e enaltecido lugar de ciência. Alteração essa centrada numa determinada configuração linguística que compusera o discurso médico. Segundo Foucault (1998), houve uma mudança no nível dos objetos, conceitos e métodos que, sob uma variação semântica e sintática, pressupunham uma discursividade racional conveniente e pertinente ao modelo científico.

Seguindo essa trajetória de análise, propõe-se nesta próxima seção, lançar um olhar sobre o modelo contemporâneo de morte. Para isso, recorre-se às ideias de Luís Cláudio Figueiredo e Joel Birman no que se refere ao processo de medicalização. As preocupações suscitadas pela gestão do morrer e da morte também são alvo de estudiosos como Kubler-Ross, Júlia Kovács, Raquel de Menezes e Norbert Elias.

1.3. O Cenário da Morte na Contemporaneidade

Houve um tempo em que nosso poder perante a morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar.

Rubem Alves

Vive-se, na atualidade, uma época profundamente marcada pela ciência; ferocidade do mercado capitalista; influência poderosa do universo publicitário e da mídia; fetichização do consumismo. Os vertiginosos avanços tecnológicos que sustentam a Medicina trazem, em seu bojo, novas possibilidades de manutenção das funções biológicas através do emprego de recursos materiais e técnicos disponíveis e do uso de equipamentos específicos, a citar: respirador mecânico, monitor cardíaco, oxímetro, nebulizador, bomba de infusão, dentre outros, que funcionam para manter artificialmente a vida através do rigoroso controle do quadro clínico apresentado por pacientes gravemente enfermos em fase terminal de vida. Indubitavelmente, é inegável que essa euforia e idolatria da técnica podem denunciar o desrespeito à vida, afinal, por trás de todos os equipamentos hospitalares existe um ser humano.

O doente fica conectado ao aparato tecnológico; invadido por tubos, drogas vasoativas; preso por amarras de contenção; estão restritos e confinados ao leito; alojados num ambiente frio, ameaçador, desalentador, sem luminosidade solar como as UTI's distante de seus familiares e amigos, convivendo com a solidão; desorientados quanto ao espaço e tempo, estando, portanto, à mercê de toda a rotina da instituição hospitalar. O desenho desse cenário conduz a profundas alterações tanto no processo do morrer quanto no momento concreto da morte que perde o estatuto de um evento natural do curso da evolução humana para ser algo programável, manipulável e controlável.

Ante esta conjuntura, no atual período histórico a medicina mudou a representação social da morte. Os avanços científicos trouxeram à tona a possibilidade de intervir no ciclo da existência humana, acelerando ou estendendo indefinidamente com tratamentos extraordinários o momento irrefutável da morte. Kubler-Ross (1997)

nos adverte que são cada vez mais intensas e velozes essas mudanças sociais em decorrência do progresso tecnológico.

Os hospitais são centros médicos cujo objetivo é diagnóstico, prevenção, tratamento ou até cura de doenças, além de ser um local onde se luta contra a morte. Constituem-se, pois, um espaço de governo dos sujeitos, fazendo uso do poder que o sustenta. É o *locus* em que se dá de forma mais coesa e profunda a conexão entre saber e poder que estão imbricados e se engendram determinando posições e produzindo sujeitos. É um ambiente de dominação, com estratégias de controle, funcionando, assim, como verdadeira máquina de vigilância e governamentalidade, na perspectiva foucaultiana.

A morte transforma-se, hoje, num fenômeno eminentemente técnico. Os hospitais e suas tecnologias apoderaram-se da nossa própria morte: “ela já não nos pertence, mas aos profissionais que, armados de poderosos aparelhos, prolongam a morte dizendo que estão prolongando a vida” (D’ Assumpção, 2010, p. 104).

Nos tempos atuais, a morte como processo tecnologizado deve ser ocultada, silenciada e escondida nos hospitais, dentro das UTI’s, cuja aparelhagem moderna, profissionais de saúde capacitados, recursos voltados à manutenção da vida artificialmente permitem que o doente esteja submetido a regras e rotinas institucionais com ênfase na competência e eficácias médicas. Todo esse ritual médico culminou por impor a morte nos hospitais.

O médico não aceita que seu paciente morra e, se entrar no campo em que se confessa a impotência médica, a tentação de chamar a ambulância (para se livrar do “caso”) virá antes da ideia de acompanhar o paciente em sua casa, até o fim de sua vida. A morte natural deu lugar, em nossos dias, à morte técnica (na reanimação)... Chegamos à era da morte escamoteada (Mannoni, 1995, p. 114).

No modelo de morte contemporâneo, neste século XXI, a imagem temida que causa extremo pavor e aversão é a daquele paciente absolutamente invadido por tubos, sondas, agulhas e rodeado pela maquinaria hospitalar sofisticada a qual detém o controle de todas as funções vitais, alimentação, hidratação e medicamentos. Forma-se toda uma anatomia política sobre esse corpo-objeto. O doente desconhece seu real estado de saúde, muitas vezes, está privado da devida informação, sendo-lhe recusado o direito à palavra, morre na ignorância da própria morte.

A morte natural cede lugar à monitorada e às tentativas de reanimação nos casos de paradas cardiorrespiratórias; não obstante, com frequência se observa que o paciente não é consultado quanto àquilo que deseja. Assinala Elias (2001) que nunca antes na história da humanidade foram os moribundos afastados de maneira tão asséptica para os bastidores da vida social; nunca antes os cadáveres humanos foram enviados de maneira tão inodora e com tal perfeição técnica do leito de morte à sepultura (p. 30-31).

A tessitura desse quadro atual nos revela a dimensão e a magnitude do problema: estamos vivendo numa cultura onipotente que transgride todos os limites, tentando se assenhorar daquilo que é inominável e irrefutável, a morte. O homem tenta se afastar ao máximo da ideia da morte, considerando sempre que é o outro quem vai morrer não ele próprio. Podemos tentar evitar a ideia da morte afastando-a de nós tanto quanto possível – encobrimo e reprimindo a ideia indesejada – ou assumindo uma crença inabalável em nossa própria imortalidade (Elias, 2001, p. 7).

1.3.1. O triunfo da medicalização

Esse debate proposto até aqui, coloca em cena a discussão em torno da prática contemporânea de medicalização da morte que pode ser verificada em diferentes lugares e em épocas distintas, tendo surgido a partir do século XIX com incessante e profundo desenvolvimento ao longo do século XX e se enraizado no alvorecer do atual, dadas as inúmeras tecnologias aplicadas à medicina, como já apontava outrora Foucault e à crescente expansão do poder médico, valendo-se de métodos sutis de persuasão para operar nas subjetividades. O Brasil vive um processo crescente de medicalização em todos os âmbitos da vida.

Existe, atualmente, uma extensa produção analítica acerca do processo de medicalização. Apresenta-se, portanto, neste momento, a definição do conceito de medicalização bem como os argumentos e principais ideias exploradas por autores contemporâneos sobre esta temática. Todavia, não implica esgotar o assunto, mas tão somente tomá-lo enquanto ferramenta conceitual para alcançar o que propusemos neste tópico.

Na década de 1950, provavelmente tenha sido Talcott Parsons o primeiro autor a conceitualizar a medicina como uma instituição de controle e regulação social. Já nos anos 1970, o termo medicalização foi cunhado e penetra no campo das ciências sociais,

tendo-se consolidado como importante campo de interesse e desenvolvimento de pesquisas. No ano de 1972, Zola descreve a medicalização como a crescente expansão da jurisdição médica, no contexto de sua autoridade e de suas práticas à vida dos indivíduos. Ele analisou as proposições políticas implícitas no saber produzido pela medicina e que tipo de intervenções se exercia no corpo social.

Neste cenário, observa-se que o discurso científico, especialmente o da medicina, estabelece diversas medidas de controle sobre o corpo não só individual, mas também o social, tomando-o como objeto de intervenção e embate político, mediante aquilo que Foucault (1976/2010) denominou de biopoder e suas formas de articulação, a biopolítica que se constitui como dispositivo específico de disciplinarização. É por este viés que abordara a questão da medicalização.

Pensar e organizar a sociedade em termos estritamente médico é aquilo que se poderia chamar de medicalização do social, na qual a gestão de saúde da população adquiria status de extrema relevância e o exercício do poder sobre a vida, ou se preferirmos, a assunção da vida humana pelas tecnologias de poder, passava a englobar, também, um sistema de vigilância, de inspeções, de regulação urbana através da higiene pública.

Em 1975, Ivan Illich em seu livro *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina* utiliza a expressão “medicalização da vida”, operacionalizando, assim, o conceito tão difundido e propagado anteriormente. O referido autor alertara que a ampliação e extensão do poder médico na modernidade - “imperialismo médico”, ou seja, a hipertrofia da medicalização minava as possibilidades dos sujeitos de lidarem com sofrimentos e perdas decorrentes da própria existência, ressaltando o efeito de redução da autonomia. As instituições médicas assumiram a responsabilidade de cuidar das dores da vida transformando-as em doenças, dito de outro modo, em problemas técnicos. A vida estaria sendo regrada e manejada pelas tecnologias e sistema médico. Illich descreveu a produção da cultura medicalizada nas dimensões social e política.

Averigua-se, portanto, que o termo medicalização possui um campo semântico bastante vasto e amplo. Como temos muitas faces de um mesmo prisma, a que se escolheu para este trabalho é tentando entendê-la como um processo através do qual a medicina vem apropriando-se do modo de vida dos sujeitos, o que inevitavelmente interfere na construção de regras de higiene, normas moralizantes, prescrição de

condutas, costumes e nos comportamentos sociais, tornando, assim, os sujeitos dependentes, passivos e submissos ao saber de especialistas para os cuidados relativos à saúde.

Articula-se a isso a ideia de que o saber produzido cientificamente está intrinsecamente atravessado pelos contextos sócio-histórico e cultural e, nesta perspectiva, a medicina objetiva também a intervenção política no social. De modo geral, os estudos acerca da medicalização se direcionam para a análise da intervenção política da medicina no social.

Traduz-se, então, o significado do termo medicalização sendo aqui entendido como a forma pela qual o expressivo e incessante progresso tecnológico vem acarretando profundas modificações na prática médica pelo viés de inovações nos métodos de diagnóstico, terapêutico, equipamentos modernos, poderosa indústria farmacêutica. Indaga-se: como nós, sujeitos contemporâneos, estamos reagindo ao processo de medicalização? Como se dá sua inserção em nossas vidas e também no âmbito social? Quais os efeitos produzidos e as repercussões na singularidade dos indivíduos? Na contemporaneidade, em tempos de mercantilização da saúde, a medicina passa de meio de tratamento a mercado de consumo. A lei do mercado impõe que o importante é o potencial de compra e venda de produtos (Pitanga, 2006, p. 47). O capitalismo somente poderia ser garantido à custa da irrevogável inserção controlada dos corpos. Existe, assim, um notável jogo de interesses envolvidos na produção do ato médico.

Todos esses questionamentos exigem numa sociedade capitalista em que vivemos não apenas profundas reflexões, mas também promove abertura para um caloroso debate. Para provocar a discussão, recorre-se às proposições de autores contemporâneos que abordam a questão da medicalização.

Figueiredo (2014) aponta que a medicação por si não representa um problema, sendo útil e necessária. Não se posiciona contrário ao uso das prescrições medicamentosas porque considera que são aportes da medicina no tratamento de doenças físicas e psíquicas. O autor põe em relevo a medicalização como “manifestação de uma fantasia inconsciente e socialmente difundida” (p. 26). Afirma ainda que se trata de um fenômeno social bastante significativo e preocupante, apresentando a seguinte análise no tocante ao contexto social e cultural contemporâneo:

O regime social contemporâneo como extremamente tomado pela *fantasia da administração*, pela *fantasia do controle*, que atribuem superpoderes mágicos a determinadas técnicas e instrumentos, em detrimento das práticas de cuidados mútuos e recíprocos (Figueiredo, 2014, p. 31-32).

Figueiredo tece uma crítica em relação à medicalização porque ocorre num contexto ideológico da vida administrada, controlada por especialistas dos cuidados os quais exercem o poder que detém ditando regras e tomando decisões. O sujeito busca solução para seus problemas em um saber especializado que lhe traria o suposto alívio de seu sofrimento. À proporção em que o processo de medicalização do social se implantara, a medicina estaria apta a regular os fenômenos relativos à condição humana. Corroborando com estas assertivas, Moretto (2001) propõe:

O trabalho do médico consiste em descartar o que há de particular no discurso do sujeito para torná-lo legível. É preciso excluir a singularidade, as diferenças entre cada caso, única via pela qual a subjetividade poderia se manifestar, em nome de uma pretendida objetividade científica e terapêutica (p. 69).

Os profissionais de saúde definem aquilo que deve ser feito sem, contudo, se mostrarem na sua vulnerabilidade, carências e na necessidade de também ser objeto de cuidado do outro. O autor reforça a ideia de uma absoluta cisão de posições e de polaridades na qual não há espaço para a mutualidade e a reciprocidade. Eis suas palavras:

Entendo que vivemos numa cultura técnico-científica organizada a partir de muitas cisões; basicamente, só para dar uma ideia geral, a onipotência fica de um lado e a impotência e o desamparo ficam de outro. (Até a hora em que o médico adoece, e aí a coisa, naturalmente, muda de figura, sem alterar radicalmente a crença nos poderes da medicina ultraspecializada) (Figueiredo, 2014, p. 33).

Nesse momento, interessante trazer também o pensamento de Joel Birman como outro autor aqui utilizado enquanto referência principal para o estudo do processo de medicalização contemporâneo na medida em que objetivou problematizar seus efeitos não apenas nos sujeitos, mas também nos laços sociais:

... É preciso compreender que as sociedades ocidentais passaram a ser permeadas pelos discursos médicos, os quais passaram a regular desde então todas as práticas e laços sociais. Assim, a modernidade ocidental implicou uma ‘medicalização’ do

campo social como um todo. Desde então, portanto, nada seria estranho e exterior ao olhar médico, que passou não apenas a interpretar a totalidade dos acontecimentos sociais, mas também a intervir sobre ela (Birman, 2007, p. 533).

Para realizar suas análises, retomou as proposições de Foucault pelo fato de considerá-lo o grande teórico da medicalização, sobretudo quando abordou a medicina e seus efeitos civilizatórios como constitutivos da modernidade. O fenômeno da medicalização do social, por exemplo, surgiu e desenvolveu-se, historicamente, no contexto das sociedades disciplinares. Foucault analisou em muitos de seus estudos como, por exemplo, *Vigiar e Punir* e *História da Loucura* a instância da normalização se consolidando por meio das tecnologias de poder fundante das sociedades disciplinares, as quais funcionam e expressam efetivamente o meio no qual estamos inseridos.

Nesse sentido, hospital, escola, universidade, exército, igreja, empresa, manicômios e prisões são todas instituições disciplinares que atravessam nossas vidas. O filósofo investigou minuciosamente os regulamentos destas instituições e as respectivas relações de poder e saber. As instituições hospitalares enquanto práticas são da ordem do poder disciplinar, à medida que a disciplina impõe padrões e procedimentos de adestramento e controle permanentes.

O caráter primeiro e fundamental da normalização disciplinar visa a instalar um modelo ideal no qual as pessoas, os gestos e as atitudes devem encaixar-se e se moldar àquilo determinado. Trata-se de um dispositivo de produção de subjetividade que diz respeito ao contexto disciplinar. Em face disso, prescrevem comportamentos e enunciam as categorias do “normal” e “desviantes/anormais”, bem como a normalização das condutas com o propósito de nos tornarmos sujeitos dóceis, saudáveis, controlados e disciplinados. Birman (2014) nos mostra que, no processo de medicalização, está em jogo uma normalização como forma de constituição da sociedade.

A medicina agilizará esse processo de normalização da experiência social por meio de uma espécie de cartografia do espaço social em torno da ideia de normal/anormal/patológico. Trata-se de um corte a partir do qual a vida será vista sob a ótica dessas três categorias (p. 44).

Dentre as práticas que envolvem relações de poder, as do tipo disciplinar são cruciais para compreender como nos constituímos enquanto sujeitos. É central levar em consideração as vicissitudes da constituição subjetiva e a trajetória complexa pela qual atravessamos.

Nas sociedades ocidentais, outro aspecto contingencial relevante que favorece a medicalização é que, no processo de secularização, a medicina tomou o lugar da igreja e das religiões como ideologia para tornar-se uma instituição de controle social (nascimento, envelhecimento, sexualidade e morte são todos controlados). Todas são condições cada vez mais apropriadas pelo saber médico.

Apropriação essa que se traduz na produção científica de conceitos, regras de higiene e normas de conduta. Antes a prática médica era predominantemente curativa, por vezes preventiva e hoje, torna-se acentuadamente preditiva com seus mecanismos de vigilância, estratégias de saber e exercício do poder, visando ao gerenciamento da vida das pessoas. Na atualidade, quanto mais apresentamos possíveis tentativas de se construir esforços no sentido de superar a medicalização, tanto mais estamos imbricados, remetidos e submetidos aos discursos médicos circulantes:

... O diabólico é que, cada vez que se quer recorrer a um domínio exterior à medicina, descobre-se que ele já foi medicalizado. E quando se quer objetar à medicina suas deficiências, seus inconvenientes e seus efeitos nocivos, isso é feito em nome de um saber médico mais completo, mais refinado e difuso (Foucault, 2010, p. 184).

Interessa, pois, a Birman analisar o lugar preponderante outorgado à medicina enquanto disciplina científica e ao saber médico, ou melhor, o discurso da normalização médica na forma como lidam com a regularização e administração do vivente. Daí concluiu que esta questão da normalidade é também política. A sociedade da normalização, assim, é uma sociedade em que se cruzam, se transversalizam a norma da disciplina e a norma da regulamentação (Marinho & Arán, 2011, p. 11). O homem contemporâneo se sujeita aos mecanismos vinculados a um processo de normalização disciplinar.

1.4. O nascimento da clínica do sujeito

O texto que serviu de inspiração para a construção do subtítulo deste capítulo foi o Nascimento da Clínica (1998), que trata do olhar, do espaço, da linguagem e da morte. Foucault tentou mostrar-nos como se deu a organização do conhecimento médico; o saber clínico que promoveu no fim do século XVIII uma mutação do saber médico, inaugurando o surgimento de uma nova gramática médica, novas práticas institucionais e qual seria o espaço da doença. Na trajetória intelectual foucaultiana, esta obra parte de um projeto de crítica histórica e filosófica às estruturas epistemológicas e políticas que governam a racionalidade do mundo contemporâneo.

A tecnologização surge no campo médico, a rigor, com o propósito de resgatar o poder da vida com a pretensa ilusão de supostamente, adiar e “vencer” a morte, suscitando, necessariamente, implicações éticas. No enfoque desequilibrado, abordando apenas o sistema biológico, se esvaem as dimensões subjetiva, social, espiritual do portador de doença grave e incurável que anuncia o processo de terminalidade da vida.

Todos esses fatos concorrem, em última instância, para a supressão de novos modos de subjetivação, a perda identitária; o sujeito é despido de sua individualidade e privacidade. Segundo Menezes (2004) há algumas problemáticas: o processo de despersonalização dos internados em hospitais, o crescente poder do médico e a conseqüente desumanização, assujeitamento ou objetificação do enfermo (p. 32). É possível que o desenho deste atual cenário em saúde seja reflexo das práticas e saberes marcados pelo mecanicismo e institucionalização.

Ocupamo-nos em pensar como poderíamos transpor esse olhar eminentemente técnico e clínico para a doença e seu “processo de cura” para um olhar direcionado ao ser humano acometido por enfermidade. A ênfase estaria agora, na possibilidade de se (re) inventar, (re) criar novos modos de subjetivação e estilização da existência. Parte-se do pressuposto de centrar a ação de cuidados no paciente como sujeito de direitos, que carrega em si a integralidade humana, os desejos, a autonomia, capaz de tomar decisões, sobretudo, quanto à vontade de viver e de que modo conduzirá essa existência e isto fere, irremediavelmente, a onipotência médica.

Dáí pensarmos na clínica do sujeito sem descartar, contudo, o olhar para a doença e seu contexto já que esta recobre o paciente como uma segunda pele,

produzindo novas identidades, provocando uma ampliação de objeto de saber e de intervenção. Faz-se necessário, então, operar com certa plasticidade para dar conta dessas variações singulares e ao mesmo tempo complexas de cada caso em particular. Corroborando estas assertivas Foucault (1998) nos diz:

A percepção médica não deve se dirigir nem às séries, nem aos grupos; deve estruturar-se como um olhar através de uma lupa que, aplicada às diversas partes de um objeto, permite ainda notar outras partes que sem ela não se distinguiria, e empreender o infinito trabalho do conhecimento dos frágeis singulares. Reencontra-se, neste ponto, o tema do retrato, evocado acima; o doente é a doença que adquiriu traços singulares; dada com sombra e relevo, modulações, matizes, profundidade; e a tarefa do médico, quando descrever a doença será restituir esta espessura viva: É preciso exprimir as enfermidades do doente, seus sofrimentos, com seus gestos, sua atitude, seus termos e suas queixas (p. 15).

O doente marcado pela alienação, afastamento, dependência, submissão e aprisionamento a procedimentos técnicos padronizados passaria, então, a operar na lógica do protagonismo, desconstruindo, reconstruindo outras alternativas concretas de saberes e de práxis, podendo assenhorear-se de si e escrever a sua própria história.

Para Kubler-Ross (1969) é uma tarefa desafiante focalizar o paciente enquanto sujeito e tratá-lo como ser humano. O protagonista – sujeito político, de direito, que debate sobre a condução de seu tratamento, participando e interferindo ativamente, sai da condição de usuário-objeto para a criação de novas formas que produzam um usuário – ator, escritor, escultor de sua própria vida, delineando, em contrapartida, os contornos de sua própria morte. Sobre isso, Menezes (2004) pronuncia as seguintes palavras:

A partir das críticas aos excessos de poder da instituição médica, na qual é desenvolvida uma assistência eminentemente racionalizada, produtora de uma super medicalização do final da vida do doente, de sua perda de autonomia em consequência da submissão ao poder do médico, surgem movimentos pelos direitos dos doentes na década de 1970 (p.36).

Isso faz emergir um novo discurso fundamentado numa abordagem integradora, sistêmica, observando-se os aspectos físicos, psicossociais e espirituais nos cuidados de pacientes e familiares. Em tal abordagem há uma intensa e recorrente preocupação com o ser em sua totalidade, estando assentada na humanização da assistência e do cuidado

ao paciente em processo de morrer e da morte. Sensíveis a esta nova realidade que se apresenta alguns autores pioneiros se dedicaram à tarefa de reumanizar a morte, conferindo-lhe novo significado além de oferecer terapêutica adequada no processo do adoecimento até o momento final da existência. A morte não mudou, uma vez que continuamos a morrer, mas o que mudou foi, antes de tudo, nossa forma de lidar com o final da vida (Kovács, 2013).

Os profissionais de saúde envolvidos com o tratamento e procedimentos cirúrgicos de pacientes portadores de doenças crônicas e degenerativas são continuamente confrontados com diferentes escolhas. Faz-se mister decidir sobre quando, de que forma e onde esses pacientes vão morrer. Nas situações críticas e terminais face ao esgotamento das alternativas curativas e à inevitabilidade da morte, a possibilidade de decidir sobre a própria morte assume um papel de conforto moral.

Atualmente, um número crescente de pessoas, especialmente idosas, necessita não só tratar doenças, mas, sobretudo, garantir a experiência da morte como resultado de escolha individual, afora os casos limites e mais graves, os quais não são passíveis desta escolha, entrando em cena a família, equipe médica e de saúde para a tomada de decisões.

No próximo capítulo, a ideia é trabalhar os temas velhice e morte articulados à noção de biopolítica, na tentativa de compreender os mecanismos e as estratégias de saber/poder sobre as quais se sustentam os processos de gestão de vida e morte do indivíduo e da população.

“Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder”.

Foucault, M.

2. VELHICE E FINITUDE: INTERFACES DA BIOPOLÍTICA

A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema ao mesmo tempo científico e político, como problema biológico, e como problema de poder.
Foucault²³

A proposta deste capítulo é problematizar as relações do sujeito idoso com a finitude, sob o prisma da lógica de gestão biopolítica. Essa discussão parece ser de extrema relevância para os debates que se travam em torno dos dilemas éticos e políticos entre o viver e o morrer nos dias atuais.

Pretende-se, portanto, modular e pautar as reflexões que se sucedem, embasadas a partir das teorizações foucaultianas, isto porque nos oferece significativo aporte para compreender o modo como se constitui e se sustenta a hegemonia de determinadas práticas médicas, cujo foco é a preocupação em gerir a vida, potencializá-la. O controle populacional é o que o filósofo chamou de biopoder, o qual se manifesta e se exerce através do investimento das técnicas de regulação, vigilância e gerenciamento do homem enquanto ser vivo, enquanto espécie. Constituem-se, pois, como formas de regulação que estão a serviço da biopolítica.

Digno de nota, nos séculos XVIII e XIX, a população torna-se para Foucault (1976/2010) objeto de estudo e de gestão política. Neste sentido, pode-se, no presente estudo, compreender as biopolíticas, vigentes na contemporaneidade, enquanto estratégias de fazer viver e combater, a todo custo, o adoecimento e a morte. Dito de outro modo, nesta perspectiva de sujeição e controle dos corpos pelo viés do poder disciplinar que se configura uma sociedade do tipo normalizadora, cujo objetivo é o adestramento e as práticas de governabilidade com vistas à contenção do adoecer, do morrer e da morte. No contexto contemporâneo, a velhice, como prenúncio da morte, deve ser evitada e combatida.

²³ Foucault, M. (2010). Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976) 2ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes (p. 206).

... A morte é também aquilo contra que, em seu exercício cotidiano, a vida vem se chocar; nela, o ser vivo naturalmente se dissolve; e a doença perde seu velho estatuto de acidente para entrar na dimensão interior, constante e móvel da relação da vida com a morte. Não é porque caiu doente que o homem morre; é fundamentalmente porque pode morrer que o homem adoce (Foucault, 1998, p.177).

A despeito de todos os avanços das ciências e das tentativas vãs de dar à morte contornos de inteligibilidade, ainda persiste o enigma de ser algo indecifrável, indomável. Deve-se aqui, aventar que a morte tornar-se-ia o momento no qual o sujeito escaparia às tramas do biopoder. Foucault desenvolveu seus estudos com foco tanto nas transformações dos enunciados sobre a vida e a morte como nos dispositivos relacionados aos corpos individuais e coletivos.

Advertia ainda que essa tecnologia de poder ou gerenciamento sobre a vida humana – o biopoder – se desenvolveu a partir do século XVII, tendo-se fundamentado em dois polos inter-relacionados. No primeiro polo, concebia o “corpo como máquina” com fins de adestramento; maximizar suas forças, extraindo a utilidade e docilidade dos corpos e integrando-as em sistemas eficientes. Tornava-se, pois, imprescindível constituir as “disciplinas” como uma espécie de controle eficaz, configurando, assim, a anátomo-política do corpo humano.

No outro polo, que passou a ser desenvolvido em meados do século XVIII, enfocou-se o “corpo espécie”, ou seja, o corpo como suporte dos processos biológicos; as “regulações da população”. Instalam-se, assim, os mecanismos de intervenção e controle endereçados à população: taxas de reprodução, de natalidade, de fecundidade; nascimento, elevação do nível de saúde, longevidade, morbidade, mortalidade, ao que o filósofo chamou de biopolítica. A biopolítica abarca todas as práticas de intervenção, as estratégias legítimas e eficazes, capazes de vigiar e controlar a coletividade, em nome da gestão da vida e da morte. Resume seu pensamento da seguinte forma:

A instalação – durante a época clássica, desta grande tecnologia de duas faces – anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida – caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo. A velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida (Foucault, 1988, p. 131).

Configurava-se, então, um novo cenário no qual emergiram novas formas de disputa política – a vida foi tomada como objeto político. Exerciam-se sobre a população estratégias políticas de poder, controles regulatórios e um conjunto de mecanismos de segurança. Por meio das diversas técnicas que garantiam a sujeição dos corpos assegurada pelo poder disciplinar e o controle populacional, abria-se, assim, o espaço para a era do biopoder. Este período propiciou, segundo Foucault, “a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder – no campo das técnicas políticas” (p. 133).

Exercia-se a disciplina de forma contínua, como uma espécie de treinamento, adestramento, ajustamento e vigilância tanto global (das características vitais da existência coletiva) como individualizante (das características vitais da existência humana) que estava presente e permeava todos os níveis do corpo social, isto é, os grandes aparelhos de Estado, como as instituições: família, escola, exército, polícia, hospital. Eis a configuração de uma sociedade disciplinada e normalizadora, resultado da incidência do poder sobre a gerência da vida.

Neste panorama, almeja-se discorrer sobre a tomada da vida como objeto de agenciamento do poder suscetível às mais diversas formas de controle. No tocante à ideia de gerenciamento estratégico do viver, a morte encontra uma face eminentemente importante à medida que adquire status como realidade política dos corpos a partir da vida. Isso equivale a dizer que se prolifera a incitação à promoção, preservação e potencialização da vida da população atravessada pelas complexas imbricações das relações de saber/poder.

Trataríamos aí do “corpo político” como conjunto dos elementos materiais e das técnicas que servem de armas, de reforço, de vias de comunicação e de pontos de apoio para as relações de poder e de saber que investem os corpos humanos e os submetem fazendo deles objetos de saber (Foucault, 1987, p. 27).

Por esse ângulo, propõe-se trabalhar os dispositivos de adestramento, controle, disciplinamento e regulação social dos corpos (a biopolítica de saúde), as relações e os mecanismos de poder que se mostram como ferramentas fecundas para explorar esta temática em investigação. Os cuidados com o corpo são permeados por relações de poder exercidas sobre nós mesmos e sobre os outros. Podemos compreender essas relações como estratégias de governo dos corpos que visam a dirigir e regular os modos de ser, estar e de agir dos sujeitos e das populações.

O domínio, a consciência de seu próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder: a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez, a exaltação do belo corpo (...) tudo isto conduz ao desejo de seu próprio corpo através de um trabalho insistente, obstinado, meticuloso, que o poder exerceu sobre o corpo das crianças, dos soldados, sobre o corpo sadio (Foucault, 2002, p.146).

O que estará em jogo nas análises que virão a seguir é dirigirmo-nos menos para uma “teoria” do que para uma “analítica” do poder: para uma definição do domínio específico formado pelas relações de poder e a determinação dos instrumentos que permitem analisá-los (Foucault, 1988, p. 80).

De acordo com Foucault, não mais interessa manipular e adestrar corpos biológicos individuais tornando-os dóceis, modeláveis, mas sim, operar sobre a multiplicidade de homens, a massa, ou seja, pretende-se atingir o coletivo. O poder age não só sobre os corpos dos indivíduos de forma isolada, mas também sobre o corpo da população. Em suma, a preocupação está centrada no investimento sobre a vida e no exercício de poder sobre o corpo enquanto:

(...) corpo espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população (Foucault, 1988, p. 131).

Nessa perspectiva, pode-se situar a noção vida como articuladora dos novos domínios de intervenção e de saber, passando a ser investida por cálculos e estratégias de poder. Trata-se, portanto, da vida tomada como objeto de estudo da biologia, da medicina. A partir de então, operam-se tanto a construção dos discursos como as classificações científicas (normal e desvio/patológico), visando a transformar os modos de viver dos indivíduos e das populações. Referimo-nos à transmutação de uma microfísica do poder para uma dimensão mais abrangente, a biopolítica.

2.1. Advento do capitalismo: gestão dos corpos, vidas e mortes.

Em nossos tempos, a sociedade capitalista formata padrões, impõe ditames, determinando atitudes e estilos de comportamento a serem adotados pelos sujeitos; decreta regras prescritivas; instaura investimentos tanto sobre o corpo como a saúde, estabelecendo, assim, constante vigilância em relação aos modos de ser e estar no mundo. Todas essas são estratégias políticas que visam a controlar, monitorar e gerenciar os riscos, a vida, o envelhecer e a morte. Isso nada mais é, conforme Foucault (1988), que “a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder, no campo das técnicas políticas” (p.133).

Neste campo de análise, a partir dessas práticas e atravessamentos que produzem e constituem a velhice, interessa-nos, pois, saber que modos de vida e de morte têm sido possíveis ou estão sendo permitidos aos idosos, na atualidade e, de que forma os processos de saúde e doença são tomados como possibilidade de controle e disciplinarização. Do esboçado até aqui, permite-nos pensar que esses idosos passam a existir e são produzidos a partir dos efeitos desses discursos, práticas e saberes circulantes que incidem sobre as subjetivações. O filósofo assinala que:

O que conta nas coisas ditas pelos homens não é tanto o que teriam pensado aquém ou além delas, mas o que desde o princípio as sistematiza, tornando-as, pelo tempo afora, infinitamente acessíveis a novos discursos e abertas à tarefa de transformá-los (Foucault, 1998, p. XVIII).

No cerne destas reflexões, é importante atentar que, em meados do século XX, mudanças progressivas e importantes ocorreram na seara da Medicina ocidental e no âmbito da saúde. Os avanços científicos, sobretudo, nos campos: médico, cirúrgico e farmacêutico, bem como nas tecnologias de diagnóstico e apoio propiciaram o surgimento de novos tratamentos, medicações, vacinas numa ênfase em escala crescente na reabilitação e na cura de muitas doenças.

As intervenções e os procedimentos médicos adotados nos diferentes registros da clínica e da prevenção trouxeram em seu bojo, um manancial de novas tecnologias que possibilitou outros rumos no embate entre a vida e morte. Os discursos que circulam em prol da promoção da saúde é o que Foucault denominou como biopolítica.

Vale ressaltar que os saberes produzidos pelas ciências uma vez colocados em funcionamento produzem efeitos de poder centralizadores de um discurso científico, que requer para si o estatuto de regime de verdade atravessando os sujeitos. Nesse contexto, importa-nos sublinhar que não restam dúvidas de que a inserção do saber médico-científico transformou, efetivamente, as condições de saúde da população em geral resvalando, inclusive, no aumento da longevidade no Ocidente.

São esses processos de natalidade, de mortalidade, de longevidade que, (...) juntamente com uma porção de problemas econômicos e políticos, constituíram, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica (Foucault, 2010, p. 204).

A racionalidade imanente às práticas médicas ocidentais nos interpela (a partir de alguns critérios e cuidados em relação à saúde) a regrarmos nossa existência para sermos longevos, saudáveis, termos vida ativa, independente e com qualidade, senso de pertencimento social e, sobretudo, para alcançarmos o padrão imposto, além do tão desejado sucesso no decurso do processo de envelhecimento. Nesse sentido, o projeto contemporâneo de saúde tem direta relação com a economia e a política, integrando o exercício do biopoder, na medida em que envolve disciplinamento, normas de comportamento, adoção de determinados hábitos cujo foco é promover a “boa saúde”, envelhecer bem e ter um estilo de vida saudável.

Cabe, portanto, aos idosos adequar-se e submeterem-se aos ideais e prescrições impostas para serem socialmente aceitos, caso contrário, serão marginalizados, oprimidos e excluídos. Uma estudiosa do envelhecimento humano, Ângela Mucida nos alerta que “vivenciamos novas formas de segregação que são, sobretudo, ditadas pela nova ordem econômica entre aqueles que fazem parte e os excluídos da globalização” (2006, p. 83). E, complementa sugerindo que os idosos são segregados “pelo corpo social, pela não produção de bens e pela impossibilidade de se inserirem no mercado” (p. 85).

O capitalismo socializa o corpo como força de produção e trabalho, local de inscrição e atuação dos mecanismos de normalização. Dentro dessa configuração, o velho representaria um desvio, uma ameaça à ordem do sistema posto que não mais corresponde a atributos positivos como: força, produtividade, rapidez, vitalidade estando, pois, em descompasso com o imperativo da juventude e do capital.

O sujeito disciplinado, que se autovigia, autocontrola, que governa e cuida de si mesmo estaria, paradoxalmente, combatendo os inevitáveis sinais do envelhecer que se inscrevem no corpo através de esforços empreendidos para rejuvenescê-los, na vã tentativa de conter ou retardar um processo irremediável. Se pensarmos nos corpos dos idosos, atribuímos às seguintes características: frágeis, enrugados, curvos, flácidos, território no qual se manifestam e se expressam o avançar da idade no horizonte da temporalidade. Marcas das quais recusamos e queremos nos livrar a todo custo já que não representam o ideal estético corporal vendido e apregoado pela indústria da beleza. A autora Mucida adverte:

(...) nada é mais pernicioso para a velhice do que o discurso capitalista atual acoplado à nova ciência. Junto à nova ciência, inaugura-se o imperativo do novo sob diferentes formas, tanto no tocante aos objetos fabricados pelo capitalismo moderno quanto à imagem e à decaptação da história (2006, p. 80).

Por intermédio dos recursos para deter a velhice, estaríamos, concomitantemente, afastando as possibilidades de adoecimento por meio do consumo exacerbado de medidas preventivas e intervenções que incidem diretamente sobre o corpo (tratamentos estéticos, terapêuticos e cirúrgicos, exercícios, medicações, receituários, dietas balanceadas, suplementos alimentares e vitamínicos, práticas esportivas, massagens, indústria de cosméticos). Esse projeto de consumo calcado em toda essa parafernália nada mais é do que algumas estratégias políticas que se apoiam na esquiva do adoecimento, mantendo a morte que se avizinha à distância. Projeto esse que, uma vez fomentador da lógica de responsabilização individual não só naturaliza, mas também legitima o próprio sistema capitalista.

Referimo-nos, pois, à radical pedagogização da vida e aos assujeitamentos aos discursos dos especialistas que produzem enunciados, ou melhor dizendo, regimes de verdade que se propalam por todo o tecido social, perpassando e causando efeitos diretos nos sujeitos, criando possibilidades para as novas formas de subjetivações. Somos capturados e subjetivados nessa trama da rede discursiva, a qual, a todo instante, nos interpela para adentrarmos numa determinada ordem do discurso social.

Vive-se numa época de plena e triunfante idolatria da técnica que aliada à emergência de saberes sobre a vida, tem por consequência, o prolongamento indefinido do viver. A promessa é a de difusão de um ideário de envelhecimento ativo, dinâmico e

produtivo. Configura-se, assim, um cenário que nos leva a pensar no temor e rejeição ao envelhecer, ao adoecer e morrer. Velhice e morte são temas fortemente associados à ideia de degradação, fragilidade, limitação, nostalgia e declínio. O escritor José Saramago²⁴ nos trouxe uma importante reflexão sobre a morte pelo viés da vida:

Porque é da morte que sempre temos que falar. As pessoas morrem, mas tratamos a morte como se fosse um episódio a mais na vida, nós a banalizamos, e não deveria ser assim. (...) O que acontece é que pretender falar da vida evitando a morte, como se ela não existisse, é uma mentira. O que eu pretendo é afrontar-me com a morte, não com a minha morte, não com o final da minha vida, o desastre que vai ser, a dor que sentirão quando me forem ver: coitadinho, morreu. Não é isso. Trata-se do fato em si da morte, de que a gente tem que morrer e o quanto isso ilumina ou, pelo contrário, escurece a própria vida que se leva. (...) não há nada de mórbido no que estou a dizer, nada, não há nenhuma morbidez. Não gosto de falar da morte, mas ela está aí. O que eu quero é afrontar-me com ela, e que aquilo que eu escreva tenha essa referência, que não é expressão definitiva do pessimismo, não. (...) O que pretendo, sim, é evitar que se esqueça que ela existe, que é o que se costuma fazer. Tentamos apagar a morte. As pessoas, já não mais morrem, simplesmente desaparecem (Saramago, 2005, p.63).

A vida acena para aquilo que é inesperado, a morte; única verdade absoluta, da ordem do indizível, pois dela nada sabemos. Isso provoca tamanha inquietude e amedronta o sujeito. A conjunção da velhice à finitude nos impele a um futuro incerto, desconhecido, reforçando a sensação de medo e negação. Por mais paradoxal que seja essa empreitada, é preciso encarar a vida não sob o viés da sentença de morte, mas aceitá-la como limite, como contingente possível, isto é constitutivo do próprio ser. A vida transita desenfreadamente até o momento derradeiro final, o corte mais radical. Partindo desta direção, é através da ótica da morte que a vida pode ser celebrada e encarada em sua plenitude com todas as possibilidades criativas.

2.1.2. Nos dias de hoje... A medicalização da morte (ou da vida?).

Submersos em plena revolução tecnológica, vivemos numa cultura calcada pela “negação da morte” e “triumfalismo de medidas terapêuticas/curativas” mesmo nos casos de doenças graves em estágio avançado, cuja iminência da morte é algo inevitável. Isto põe em evidência que a terapia empregada não atingirá o retorno à saúde dado o prognóstico ruim. As manobras de preservação da vida através de recursos

²⁴ Saramago, J. (2005). *As Intermitências da Morte*. São Paulo: Cia Das Letras.

terapêuticos obstinados e desproporcionais destinados aos sujeitos adoecidos sem possibilidade de recuperação, cujos quadros clínicos são irreversíveis faz com que sejam submetidos a um processo extremamente angustiante e doloroso do morrer.

Essas novas tecnologias de regulamentação e de investimento na vida humana é exatamente o que trata a biopolítica. A morte torna-se um evento supostamente adiável, as doenças são controláveis, prolongando-se demasiadamente o tempo do viver o que não implica sua qualidade; perde-se a noção do limite e da finitude humana.

Agora é sobre a vida e ao longo de todo o seu desenrolar que o poder estabelece seus pontos de fixação; a morte é o limite, o momento que lhe escapa; ela se torna o ponto mais secreto da existência, o mais “privado” (Foucault, 1988, p.130).

A morte foi experienciada ao longo dos séculos, nos diferentes contextos sócio-históricos, de modos diferentes, conforme já expusemos outrora, chegando aos dias atuais quando foi transferida do ambiente predominantemente familiar para os hospitais, passando a receber tratamento técnico e higiênico. Esse deslocamento na gestão da vida e do morrer operadas pelo capitalismo tem como produto não só a hegemonização de práticas, mas principalmente a montagem de um projeto de consumo para evitar e escamotear a morte. A morte torna-se medicalizada; tomada como acontecimento que é parte de um arranjo de forças, onde saberes e poderes constroem práticas discursivas que funcionam para a produção e manutenção da sociedade capitalista.

Pelo prisma do atual modelo tecnicista e mecanicista, o paciente deixa de ser protagonista de sua própria história, eximindo-se de sua autonomia, capacidade decisória e da realização de seus desejos, ao passo que os especialistas/profissionais de saúde têm a incumbência do gerenciamento dos processos do viver e morrer. Hoje, prolonga-se a vida; prorroga-se a morte em virtude da excelência e capacidade técnicas.

O hospital tornou-se o lugar específico no qual os médicos podem exercer a ciência de curar, havendo registro, acúmulo e formação de saber. A reorganização da instituição hospitalar somente se deu a partir de uma tecnologia política, a disciplina. Os excessos de regras, normas e os regulamentos hospitalares são direcionados para controlar os indivíduos que estão sob a tutela desta instituição. Os pacientes internados são submetidos a um particular regime de cuidados. A disciplina é uma técnica de

exercício do poder que implica vigilância frequente dos indivíduos, além de um registro contínuo. Em Foucault (1985):

A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. Nessa perspectiva, a cura passa a ser dirigida por uma intervenção médica que não se endereça mais à doença propriamente dita... O ajuste desses dois processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar que está na origem do hospital médico (p. 107).

O moribundo confinado aos hospitais têm sua vida e morte confiadas ao domínio dos especialistas; ambas passam a ser objeto da assepsia médico-científica. Esse outro modo de cuidar, controlar os corpos e governar os pacientes no processo de morrer revela a emergência do poder disciplinar, o qual busca instaurar a disciplina sobre os sujeitos por meio de práticas de saúde, monitoramento e vigilância. Levando-se em consideração que a disciplina permeia todas as instituições e não apenas a hospitalar que é nosso escopo de trabalho; apresentando todo seu poder, objetivando, produzindo e subjetivando os indivíduos, passemos, neste instante, a examiná-la.

2.2. Disciplina na sociedade moderna

Para Foucault (1987) um conceito que bem definia a modernidade era o de disciplina, “as Luzes que descobriram as liberdades inventaram também as disciplinas” (p.183). O Iluminismo ao passo que consolidou um grande número de instituições de assistência e proteção aos cidadãos como: família, hospitais, prisões e escolas; inseriu, concomitante nestas, alguns mecanismos de controle, mantendo-os na iminência de certas punições. A disciplina exige um espaço específico para seu exercício e, no caso deste estudo, examinaremos apenas o hospital.

Segundo o pensador e filósofo francês, a disciplina procede em primeiro lugar à distribuição dos indivíduos no espaço, para isso, utiliza diversas técnicas (Foucault, 1987). O referido autor chama a disciplina como uma nova distribuição do poder, “com suas hierarquias, seus enquadramentos, suas inspeções, seus exercícios, seus condicionamentos e adestramentos” (Foucault, 1985, p. 221).

A disciplina individualiza os corpos e os distribui; fabrica corpos submissos, exercitados, fazendo-os circular numa rede de relações. A sociedade moderna por meio

de práticas disciplinares construiu um sistema de poder baseado no controle e na submissão dos corpos dos indivíduos e da coletividade. O corpo sujeitado, submisso, transformado, controlado e investido em face às práticas e relações de poder e dominação foi alvo dos estudos de Foucault (1987), que faz a seguinte ressalva:

O corpo também está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. Este investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica (p. 25).

Trata-se, pois, de analisar esse investimento político no corpo e um tipo de poder microfísico que “se exerce continuamente através da vigilância”; o sujeito é vigiado para ser cuidadosamente fabricado, disciplinado. Isso faz alusão ao dispositivo do panoptismo; uma espécie de policiamento espacial que facilita a vigilância efetiva e o controle. O modelo do dispositivo disciplinar é representado destacadamente pela figura do panóptico, técnica ligada à distribuição do espaço, que serve como uma grande caricatura do poder. Sua principal característica é propiciar o funcionamento do poder disciplinar.

Refere-se a um projeto arquitetônico de prisão, inventado por Jeremy Bentham, destinado a garantir que todos os prisioneiros pudessem ser visualizados pelo vigia, em suas celas, a partir de uma torre central, todavia, esses detentos nunca conseguiam vê-lo. Tal técnica dissocia o ver do ser visto, automatizando, assim, o poder sobre os indivíduos que, neste contexto, tornam-se dóceis, internalizados de disciplina; há o confisco de sua liberdade. É uma sanção normalizadora, idealizada como um modo eficiente de castigar no domínio do disciplinar.

A ação dessa ferramenta é descontínua, mas seus efeitos de disciplinamento são fixos, haja vista induzir aos vigiados o sentimento de vigilância constante. “Ele descobriu uma tecnologia de poder própria para resolver os problemas de vigilância (...). Bentham pensou e disse que seu sistema ótico era a grande inovação que permitia exercer bem e facilmente o poder” (Foucault, 1985, p. 211).

O panoptismo enquanto tecnologia é característica das prisões, tal como analisado por Foucault, mas, certamente, está presente em outras instituições, como é o caso, por exemplo, do hospital, embora não apresente todas as características por ele descritas. Existe um controle médico e de toda a equipe de saúde sobre o paciente

através do “olhar panóptico”, o qual demonstra com veemência como a disciplina faz do espaço hospitalar, uma máquina de vigiar, de controle e hierarquização. “Nossa sociedade não é de espetáculos, mas de vigilância; sob a superfície das imagens, investem-se os corpos em profundidade (...) são os suportes de uma acumulação e centralização do saber” (Foucault, 1987, p. 178-179).

O viés desse paradigma de sociedade atual pode ser aqui compreendido, como uma espécie de derivação da sociedade disciplinar foucaultiana; se diferenciando apenas quando tal controle se transfere dos espaços políticos institucionais fechados (prisões, escolas, fábricas, hospitais) espalhando-se por todas as esferas da sociedade. As relações de poder permeiam e atravessam toda a vida social; manifestam-se de múltiplas formas:

Quero dizer que em uma sociedade como a nossa, mas no fundo em qualquer sociedade, existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso. Não há funcionamento do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade (Foucault, 1985, p. 179).

A disciplina, aqui examinada, enquanto instrumento de dominação e controle destina-se a suprimir ou domesticar comportamentos considerados divergentes. Foucault não acreditava que a dominação e o poder fossem originários de uma fonte apenas, mas sim que eram exercidos, no cotidiano, em várias direções. Exercício este que não era obrigatoriamente opressor, mas podia estar a serviço da criação, desse modo, não haveria relação de poder que não fosse acompanhada da criação, do saber e vice-versa. O filósofo atenta para uma precaução:

Não tomar o poder como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros, de um grupo sobre os outros, de uma classe sobre as outras; mas ter bem presente que o poder (...) não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede (Foucault, 1985, p. 183).

No modelo hospitalocêntrico, as referências, em absoluto, remetem para o excesso do poder disciplinar e para a atuação do biopoder que atuam nesses corpos e vidas, regulando-os. O foco em vez da cura passa a ser a atenção e o cuidado integral ao doente. O hospital se transforma num lugar em que os corpos – objeto de saber - estão submetidos à intervenção médica, permitindo a produção, registro, acúmulo e transmissão de saberes sobre doença e saúde. Passemos, neste próximo tópico, a examinar o hospital enquanto instituição disciplinar e espaço terapêutico.

2.3. O Hospital como instituição disciplinar

Foucault (1985), em *Microfísica do Poder*, já alertara que até o século XVIII o hospital era uma instituição de assistência aos pobres, de exclusão e segregação social. Desta forma, os hospitais não emergiram como espaço especificamente direcionado às práticas terapêuticas e aos cuidados com a saúde, mas como um *locus* caritativo, intrinsecamente articulado às práticas religiosas. Um lugar, portanto, de acolhimento piedoso dos necessitados, depositário dos estigmas da miséria e da indigência. Nesta configuração, as atividades prestadas primordialmente por religiosos asseguravam a proteção e a assistência dos socialmente desassistidos e moribundos.

Não obstante, as doenças e as formas de contágio acompanham a história da humanidade desde os primórdios. Em paralelo, surgia também a necessidade de cuidados a serem prestados ao enfermo, tanto direcionados ao corpo quanto à alma. No período da Idade Média partilhava-se convicção de que a assistência espiritual era o remédio mais indicado para determinados casos de doenças e outros infortúnios. Com o advento do Renascimento, o hospital passa a se caracterizar como instituição social, cuja responsabilidade era do Estado. Em decorrência de uma série de transformações históricas e sociais ocorridas principalmente no século XVIII é que o hospital passa a exercer uma função não mais assistencialista, mas terapêutica; tinha que funcionar como uma “máquina de curar”, um elemento essencial na tecnologia médica. Até então, o hospital e a medicina seguiam em campos diametralmente independentes.

A medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder que, durante o século XVIII, não cessa de se estender e de se afirmar. O médico penetra em diferentes instâncias do poder (...) se torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar,

corrigir, melhorar o “corpo” social e mantê-lo em um permanente estado de saúde (Foucault, 1985, p. 202-203).

Já ao final do século XVIII é que o saber médico ocupa espaço dentro dos hospitais, introduzindo mecanismos disciplinares advindos das organizações militares. Na visão foucaultiana, passa a servir de estrutura de apoio ao enquadramento permanente da população pelo pessoal médico (p. 206). E, prossegue ressaltando:

(...) é estabelecido um sistema para verificar o número real de doentes, sua identidade, as unidades de onde procedem (...) a cada leito é preso o nome de quem se encontra nele; todo indivíduo tratado é inscrito num registro que o médico deve consultar durante a visita; mais tarde virão o isolamento dos contagiosos, os leitos separados. Pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes (Foucault, 1987, p.124).

A Medicina passa a exercer um papel de fundamental importância no controle e gestão do corpo, interferindo não apenas nas condutas individuais, mas também nas coletivas. Nessa perspectiva, as doenças foram agrupadas por ordens, gêneros e espécies, em um domínio racionalizado, permitindo, assim, não apenas classificar os doentes, mas, impedir as mais diversas formas de contágio dentro ou fora do ambiente hospitalar (Foucault, 1998, p.46).

Daí, o hospital, enquanto instrumento terapêutico transformar-se num *locus* de cura, de práticas médicas e de provisão de cuidados norteados em princípios técnico-científicos. A figura do médico é que terá papel preponderante em relação ao doente e às doenças, sendo a população em geral, objeto da medicalização. Em sua experiência clínica, o médico, instintivamente e de forma sensível, passa a lançar um olhar sobre o doente, sobre o sofrimento e aquilo que o alivia. Atenta-se não só para o fato de que não existe doença que independa do seu modo de expressão, mas também para a visibilização das possíveis ressonâncias e efeitos desta, no próprio doente.

A sensibilidade do doente lhe ensina que tal ou qual posição o alivia ou o atormenta. É esta relação, estabelecida sem a mediação do saber, que é constatada pelo homem sã; e esta observação não constitui uma opção por um conhecimento futuro; nem mesmo é tomada de consciência; realiza-se imediata e cegamente: Uma voz secreta nos diz: contemple a natureza, multiplicada por si mesma, transmitida de uns aos outros, ela se

torna uma forma geral de consciência de que cada indivíduo é ao mesmo tempo sujeito e objeto (Foucault, 1998, p. 60).

No atual cenário de assistência à saúde, o poderoso arsenal médico e científico tende a colocar o sujeito adoecido numa situação de vida administrada por uma série de recursos e tecnologias médicas que transformam a morte numa experiência distal, asséptica. Para exemplificar, citam-se alguns fatores que concorrem para tal observação: internação na instituição hospitalar; delegação de cuidados à equipe de saúde, assujeitamento às normas e prescrições; regras higiênicas; sujeição a protocolos, realização de exames e eventuais cirurgias; restrições quanto à dieta; horários fixos de medicações e exíguos de visitação (sobretudo nas unidades de terapia intensiva) ocorrendo, conseqüentemente, o afastamento dos familiares, de outras pessoas que lhe são próximas ou até o processo da despersonalização.

Não restam dúvidas de que todos esses vetores acima elencados e o tratamento instituído tornam o processo de hospitalização extraordinariamente penoso e bastante difícil de ser vivido. Continuemos, agora, a dizer mais algumas palavras em relação à temática da internação hospitalar.

2.4. Sobre a governamentalidade e a vigilância nos hospitais

Em última instância, tudo o que foi exposto até aqui significa a governamentalidade ligada à vigilância sobre a vida e o distanciamento do sujeito de sua condição de ser finito. Em situação de internamento predominam relações de poder do tipo disciplinar; os corpos estão marcadamente sujeitados aos mais diversos tipos de intervenções que visam prolongar indefinidamente a vida, em muitos casos, com muita dor e sofrimento.

Inauguram-se, no âmbito hospitalar, novos mecanismos de controle e regulação da vida humana. Ante a racionalidade técnica, delineia-se novos rumos no embate entre a vida e a mortalidade, isto porque, segundo Foucault (1985), “somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder” (p. 180). Viver e morrer são práticas concomitantemente individuais e sociais, de relação consigo mesmo e com o outro numa correlação imanente.

A experiência da morte transforma-se em algo quase inatingível, ou melhor dizendo, passível de controle. As angústias, dores, preocupações e temores provocados pela iminência da finitude imiscuem-se com técnicas de poder e disciplinamento. Foucault (1987) afirma que existem determinados lugares que se definem e se tornam úteis para satisfazer a necessidade de vigiar e que tal processo se evidencia com bastante clareza em instituições disciplinares, como é o caso, por exemplo, dos hospitais.

Em suma, na instituição hospitalar e suas instâncias vigilantes, a vida dos sujeitos e seus corpos estão sendo frequentemente administrados, controlados no interior da governamentalidade. Assim sendo, o hospital é uma grande máquina de vigilância que possui mecanismos de disciplinarização, organização hierárquica e, ao longo de todo o percurso histórico, constituiu-se como um locus privilegiado e legitimado de saber. É um espaço de governo dos sujeitos, operando a partir de seus processos de subjetivação e fazendo uso do poder que o sustenta.

O hospital (...) deve então cuidar, mas por isso mesmo deve ser um filtro, um dispositivo que afixa e quadricula; tem que realizar uma apropriação sobre toda essa mobilidade. A vigilância médica das doenças e dos contágios é aí solidária de toda uma série de outros controles (...) (Foucault, 1987, p. 123).

Conforme Foucault (1988), as instituições hospitalares se constituem como locais emblemáticos para o exercício do biopoder por meio do “fazer viver” (poder sobre a vida) e “deixar morrer” (direito de morte). (p. 125). O filósofo procurava compreender historicamente como funcionava a influência pela qual a população é submetida por seu soberano (governo), autoridade detentora do poder sobre a vida e morte de seus subordinados.

O direito de soberania era calcado na centralização do poder, podendo decidir sobre quem poderia “fazer viver ou deixar morrer”. Traremos, então, neste momento, para análise, a importante inversão dos mecanismos de poder, na passagem da soberania para a sociedade democrática. Isto traz à baila mais uma vez a noção foucaultiana de biopoder e suas formas de articulação as quais denominou como biopolítica.

2.5. Da soberania ao Biopoder e à Biopolítica

O conceito de biopoder fora apresentado e discutido por Foucault no sugestivo texto intitulado “Direito de morte e poder sobre a vida”, que se encontra no último capítulo do livro *História da Sexualidade I - A Vontade de Saber*, publicado em 1976. O filósofo discorre sobre a incidência do poder, manifestado na época clássica pelo direito de matar, transmutando-se, na modernidade, para o direito de fazer viver. Inicia, neste texto, uma discussão bastante instigante e provocativa, dizendo: “Por muito tempo, um dos privilégios característicos do poder soberano fora o direito de vida e morte” (Foucault, 1988, p. 127).

No curso ministrado no Collège de France, Foucault desenvolve minuciosamente seus conceitos acerca do biopoder e da biopolítica. Na aula de 17 de março, em 1976, do livro “Em defesa da sociedade”, comenta: “em todo caso, que a vida e a morte não são desses fenômenos naturais, imediatos, de certo modo originais ou radicais, que se localizariam fora do campo do poder político” (1976/2010, p. 202).

Sob esse prisma, o direito de decidir sobre a vida e a morte se encontra fundado no arcaico *patria potestas*; era exercido pelo *pater familia*, ou os pais de famílias romanos que dispunham da vida de seus filhos pelo simples fato de os terem concebido, ou seja, lhes dado à vida. Na era clássica, esse poder se restringia às ocasiões nas quais o soberano estava sob a ameaça direta ou indireta de inimigos à sua existência, sendo, portanto, sua forma jurídica, assim expressa: direito do governante de confiscar coisas, os corpos, o tempo e até mesmo de apoderar-se da própria vida dos sujeitos. O poder exercido pelo soberano sobre seus súditos era somente em prol de sua própria defesa ou para defender sua soberania. Entendendo que “em relação ao poder, o súdito não é, de pleno direito, nem vivo nem morto. Ele é do ponto de vista da vida e da morte, neutro, e é simplesmente por causa do soberano que o súdito tem direito de estar vivo ou tem direito, eventualmente, de estar morto” (Foucault, 1976/2010, p. 202).

O soberano tinha o legítimo direito de subtrair a vida, a título de castigo, daquele que se insurgisse contrário a ele ou que infringisse suas leis e, numa outra condição, também poderia, para garantir sua própria proteção, expor seus súditos ao risco de morte nas batalhas travadas. Em decorrência disto, garantiria a manutenção de sua posição de soberania, logo, “o direito de vida e morte já não é um privilégio absoluto: é

condicionado à defesa do soberano e à sua sobrevivência” (Foucault, 1988, p. 127-128). E, complementa afirmando:

O soberano só exerce, no caso, seu direito sobre a vida, exercendo seu direito de matar ou contendo-o; só marca seu poder sobre a vida pela morte que tem condições de exigir. O direito que é formulado como “de vida e morte” é, de fato, o direito de *causar* a morte ou de deixar viver (p. 128).

Assim, neste período histórico, esta era a forma característica de expressão do poder para incitar, controlar, monitorar, a qual permaneceu por um longo tempo até quando foi deslocada do soberano para o Estado. O princípio de matar para poder viver sustentava a tática dos combates, das guerras tendo mais tarde se tornado estratégia entre os Estados. O foco agora não era mais o jurídico da soberania e sim se deslocou e recaiu sobre a vida da população – enfoque biológico. Nas palavras do filósofo, “o velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de *causar* a vida ou *devolver* à morte” (p. 130).

As guerras já não se travam em nome do soberano a ser defendido; travam-se em nome da existência de todos; populações inteiras são levadas à destruição mútua em nome da necessidade de viver (...). Foi como gestores da vida e da sobrevivência dos corpos e da raça que tantos regimes puderam travar tantas guerras, causando a morte de tantos homens (Foucault, 1988, p. 129).

A grande transformação do direito político consistia em que o direito de soberania de “fazer morrer ou deixar viver”, cede lugar para que um novo direito se instale - o de “fazer viver e deixar morrer”. Faz a ressalva de que essa inversão da lógica do velho direito de soberania não fora substituído por um direito novo, mas se completavam, “(...) não vai apagar o primeiro, mas vai penetrá-lo, perpassá-lo, modificá-lo” (Foucault, 1976/2010, p.202).

A partir do momento em que a organização social passa a admitir o funcionamento de outras tecnologias de poder, como por exemplo, o disciplinar, dirigido para o corpo e o minucioso controle das ações, estilos e modos de ser dos sujeitos, bem como o biopoder que incide sobre a vida da população, instaurou, pois, outras práticas de governança na sociedade. Houve um deslocamento do centro do poder para a vida, isto é, fazer as pessoas viverem e não mais poder matá-las. Daí

emergiu as condições de possibilidade para o surgimento de saberes sobre a vida/morte e seus regimes de verdade que governam e subjetivam os indivíduos e a população.

Entendamos, aqui, modos de subjetivação como a forma pela qual se dá a constituição do sujeito atravessada pelas contingências históricas que viabilizam as possibilidades de inteligibilidade. O investimento do poder sobre o sujeito funciona como um jogo de forças tensionadas e de técnicas de governabilidade. O poder soberano antes restrito ao governante está, na contemporaneidade, diluído em todo o corpo social, nas teias das práticas e dos saberes circulantes, os quais são difundidos para controlar, governar os corpos; prolongar a vida e adiar a morte. Nesse sentido, adoecimento e velhice são fenômenos a serem evitados, escamoteados e postergados.

(...) a doença como fenômeno de população: não mais como a morte que se abate brutalmente sobre a vida – é a epidemia – mas como a morte permanente, que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece. São esses fenômenos que trazem a introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e (...) de medicalização da população. (...). Será problema muito importante, já no início do século XIX (na hora da industrialização), da velhice, do indivíduo que cai, em consequência, para fora do campo de capacidade, de atividade (Foucault, 1976/2010, p. 205).

2.6. As tramas da Biopolítica: um olhar contemporâneo.

Toda esta discussão até aqui empreendida encontra ressonâncias no cenário da atualidade para iluminar o debate no tocante aos cuidados administrados a pacientes gravemente adoecidos, sobretudo, idosos que se situam no limite entre a vida e a morte. A finitude se anuncia enquanto algo intransponível. No século XX, ao final da década de 90, surgem os cuidados paliativos como um campo de saberes reacionário à medicina tecnicista, o qual pretende colocar a morte sob outro regime discursivo. Trata-se de uma nova modalidade terapêutica assistencial àqueles pacientes fora de possibilidades de cura.

A palição configura-se, pois, como outra forma de prestar assistência mais humanizada no período que precede a morte daquelas pessoas com doenças crônico-degenerativas em estágio avançado. Uma vez esgotadas as alternativas de tratamento

médico convencional e as perspectivas curativas não têm como foco aumentar a sobrevivência do paciente, ou seja, “fazer viver” por meio de recursos distanásicos oferecidos pela ciência e medicina que postergam a morte, trabalhando em consonância com os ditames do capital. Mas sim, “deixar morrer”, optando pela proposta assistencial paliativista para aliviar a dor, o sofrimento e amenizar os sintomas; promovendo o conforto e a dignidade no final da vida. A qualidade de vida da população é a mola propulsora do poder e de suas relações. Neste cenário, inaugura-se, na atualidade, outra maneira de gerenciar o processo do morrer e da morte.

As ideias expostas põem em evidência que a terminalidade da vida passa a ser atravessada sob outro regime de discurso que encara a morte como resultante do curso natural da vida não passível de controle e domínio dos dispositivos de saber e poder médico e das tecnologias hospitalares. Hoje, vivencia-se o processo do morrer e da morte intimamente articulado às formas como determinadas discursividades nos subjetivam e nos governam. A biopolítica refere-se exatamente ao gerenciamento político da vida.

A partir de então, argumentava Foucault (1988), que o poder se situava e se exercia sobre a vida, estabelecendo seus pontos de fixação, logo, os mecanismos disciplinares foram não só ampliados, mas modificados objetivando estender o poder a todos os sujeitos. Nesse contexto, a morte era o limite, o momento que lhe escapa; ela se torna o ponto mais secreto da existência, o mais “privado” (p. 130).

Trazendo essas análises para o contexto contemporâneo de saúde, cumpre repensarmos em uma situação de internamento hospitalar, de que modos os “corpos”, os sujeitos se confinam, se assujeitam e estão subjetivando-se? Toda e qualquer situação de confinamento, em espaços fechados, impõe aos sujeitos a segregação, a exclusão na medida em que têm a própria vida em separado da sociedade.

Eis o cenário hospitalar de fechamento e trancamento numa instituição disciplinar. Os pacientes são condenados ao “apagamento identitário” e ao isolamento num espaço no qual outras pessoas são encarregadas dos cuidados de seus corpos, administrando-os, controlando-os. A regra é clara nos hospitais: deve-se subsumir nossos corpos a uma existência normalizada e seguir as lógicas de ordenamento nas relações hierárquicas, articuladas aos dispositivos de regulamentação da vida. A emergência da técnica médica

de intervenção, assim como das tecnologias de poder disciplinar são características do hospital médico.

A vigilância entra em cena, tornando-se um decisivo operador e uma engrenagem específica do poder disciplinar. É todo um aparato e maquinaria orquestrados que circunscrevem todos os seus membros, tanto aqueles que estão em posição de exercer o poder (médico, equipe de saúde e até familiares) quanto aqueles sobre os quais o poder é exercido por meio de técnicas e mecanismos de vigilância, os pacientes internados. Assim, demarca-se o espaço hospitalar e seus dispositivos de saber-poder com fins de governar a vida humana. Espaço este no qual a soberania não somente capitaliza um território discursivo, mas também se exerce. Isto posto nos leva a pensar na figura do médico representada como o soberano.

2.6.1. Sobre o poder médico soberano: tecendo reflexões

Conforme vimos, na contemporaneidade, a gestão biopolítica dos corpos encontra seu apogeu, sobretudo, no contexto das instituições hospitalares, constituindo-se, pois, como uma agência reguladora das vicissitudes dos corpos e da vida. Entende-se aqui a instituição como um campo de forças instituído e produzido, impondo ao corpo uma série de normas e regulamentos.

A passagem de um regime tiranizado pela velha potência de morte representada pelo poder soberano para o regime dominado por técnicas de governo e estratégias disciplinares que incidem sobre as condições de saúde individuais e coletivas, nos faz aventar a possibilidade de que, nos dias de hoje, a figura do médico expressaria emblematicamente o poder de soberania à medida que detém o controle regulador dos sujeitos adoecidos, podendo até tomar decisões soberanas sobre suas vidas e mortes.

Por esse viés, compreende-se que os saberes científicos harmonizados com os saberes médicos especializados na prevenção dos riscos de adoecimento e da morte, tornam-se poderosos instrumentos sobre os quais o biopoder e a biopolítica se sustentam. Trata-se, pois, de um poder contínuo que se exerce na regularização e no prolongamento da vida, utilizando-se, para isso, os recursos qualificados, legitimados e hierarquizantes produzidos pelas ciências.

Com o propósito de dar continuidade à exploração da temática da pesquisa, ampliando e aprofundando as discussões, a seguir, no próximo capítulo, tenta-se circunscrever a possibilidade de um método em pesquisa à luz de Foucault. Este subsidiará, portanto, a abordagem dos objetos de estudo dos capítulos posteriores que foram pensados e construídos mediante as entrevistas realizadas com os idosos e toda a circunscrição das problematizações suscitadas nas narrativas por eles produzidas.

*Caminhante, são teus rastros
O caminho e nada mais;
Caminhante, não há caminho,
Se faz caminho ao andar.
Ao andar se faz caminho,
E ao voltar a vista atrás
Se vê a senda que nunca
Se há de voltar a pisar (...).*

(Antônio Machado - 1875-1939)²⁵

²⁵ Machado, A. (1973). Poesias completas. 14ª ed. Madri, p. 158. In: "Proverbios y cantares".

3. O LABIRINTO DO MÉTODO DA PESQUISA

*Caminhante, não há caminho,
Se faz caminho ao andar...
Antônio Machado²⁶*

Este capítulo objetiva tecer uma discussão acerca do método de abordagem do problema de pesquisa, edificando e fundamentando o caminho a seguir, destacando-se, sobretudo, os importantes aspectos conceituais, éticos e políticos. Caminho este que não está dado, pré-definido nem estabelecido de antemão, mas que foi traçado no próprio ato da caminhada.

O título foi inspirado nos versos sábios do célebre poema “Caminhante, não há caminho”, do dramaturgo e poeta espanhol Antônio Machado²⁷. Traz-se essa epígrafe em analogia à questão do método porque o labirinto é constituído por um conjunto de percursos intrincados e entrecruzados que estão dispostos confusamente de tal modo, tornando engenhoso encontrar uma saída possível. Em seu simbolismo de representação, trata-se de um emaranhado de caminhos que parecem tecê-los e, esta mesma tessitura pode conduzir às saídas, por vezes, imprevisíveis ou até múltiplas.

O desenho do método implica, pois, a travessia de um percurso engenhoso por tais linhas labirínticas, ou seja, muitos são os trajetos que podem ser tomados para a abordagem do problema de pesquisa, os quais, invariavelmente, nos conduzirão a algumas saídas possíveis.

A estratégia metodológica desenhada, neste trabalho, demarca tanto o interesse político-afetivo por parte da pesquisadora e seu modo de conceber e apreender o objeto de estudo quanto está pautada no próprio desejo dos participantes idosos à proporção em que forem analisadas suas narrativas produzidas. Merece particular realce também que esta investigação contempla as dimensões ética e estética à medida que abordaremos as possibilidades de produção e criação inventivas, por parte dos idosos, de novos modos de subjetivação e estilos de existência. Realizar-se-à, pois, análise das narrativas dos sujeitos idosos sob inspiração foucaultiana.

²⁶ Machado, A. (1973). Poesias completas. 14ª ed. Madri, p. 158. In: "Proverbios y cantares".

Considerando-se a pesquisa científica uma atividade também social está, portanto, submetida às condições sócio-históricas e culturais sob as quais se produz, desenvolve-se. É no bojo dessa trama que o problema de pesquisa estará assentado. Torna-se, em virtude disto, de fundamental importância, analisar os discursos circulantes num determinado período histórico como fonte de subsídios quanto à construção de práticas que levam o sujeito a pensar e a se comportar desta ou daquela forma.

Isso posto a ideia é seguir e construir o percurso labiríntico tomando o método enquanto operacionalização, mas, antes mesmo de simplificações reducionistas às técnicas, aos instrumentos e a procedimentos operacionais, visam-se às condições ético-políticas de produção do problema de pesquisa a partir dos objetos circunscritos: o sujeito idoso, a condição de adoecimento, finitude e as estilizações do existir.

Intenta-se problematizar os processos de subjetivação dos idosos diante de condições crônico-degenerativas de adoecimento, para isso, buscar-se-à, a partir da teorização foucaultiana, elementos para compreensão da subjetividade tomada como acontecimento histórico, dito de outro modo, como o ser se constitui historicamente enquanto experiência. Foucault se preocupava com a questão da constituição do sujeito e suas mais variadas formas de expressão nos modos de ser, estilos de agir e existir, a partir das produções discursivas e suas contingências circunstanciais.

Por conseguinte, a esse esboço diagnóstico das questões que atravessam um trabalho de pesquisa circunscritos num dado tempo, fica explícito que se pretende trabalhar as noções de discurso, história, produção da subjetividade, os jogos de saber-poder e seus desdobramentos aqui chamados de biopoder e biopolítica; noções essas que se constituem como pilares de sustentação para o arcabouço teórico. Utilizar-se-ão esses conceitos como uma caixa de ferramentas para operacionalizar as análises das narrativas dos idosos protagonistas.

Ressalta-se, porém, que qualquer tentativa de esgotar o tema é vã, principalmente, quando se apoia num referencial teórico foucaultiano, fazendo-nos penetrar num espaço de profundas reflexões epistemológicas. Direcionar o olhar para os artefatos sob a inspiração foucaultiana representa desprender-se de certos regulamentos, normas e de tudo aquilo que visa a formular conceitos estáticos ou ideias sem criticidade.

Analisar os discursos circulantes sobre o morrer e a morte sob esse olhar significa reinventar e ressignificar os acontecimentos a partir de alguns desdobramentos e inúmeras direções. A trajetória, dentro do campo problemático, atravessará relações da pesquisadora não só com os sujeitos pesquisados, mas também com os familiares dos idosos, com todos os profissionais de saúde e equipe técnica, além de estar atravessada pela realidade da instituição hospitalar.

3.1. Pesquisador: construtor de caminhos, ao caminhar.

Mediante o explicitado na secção supracitada introdutória à questão do método que aqui se seguirá, assinala-se que cabe ao pesquisador se reinventar constantemente e se preparar para o enfrentamento do desafio de adentrar pelo labirinto, explorando-o, tentando conhecer suas direções para construir saídas viáveis e assim, descobrir novos modos de fazer pesquisa.

Propõe-se, então, um caminhar marcado pelos traços da singularidade e inventividade que desfocam da ideia de produção de verdades universais. Dito isso, reitera-se que qualquer trabalho apoiado na perspectiva pós-estruturalista de inspiração foucaultiana vai à contramão de lógicas generalistas, de naturalização e universalistas.

É crucial sentir-se como caminhante que precisa se aventurar, encontrar um caminho próprio e construir o trajeto na própria caminhada. Ora, faz-se o caminho, ao caminhar. Não há bússola ou roteiro pré-definido, pode-se mudar os rumos e substituir direções já tomadas por outras. É preciso seguir caminhando e, ao avançar, os caminhos serão desbravados. A caminhada, neste momento, prossegue com a pretensão de descrever o percurso metodológico deste estudo.

Numa produção científica não seria de qualquer forma ou por qualquer caminho que se aborda um determinado objeto de pesquisa. Antes, primeiro, faz-se necessário sabermos e aprendermos como abordá-lo; além do modo como começar a falar do ou sobre o objeto investigado, tentando articulá-lo, problematizá-lo e assim, descobrir as possíveis ressonâncias. Não restam dúvidas, então, de que, sem um método, não se percebe ou não se chega aos possíveis entendimentos sobre as coisas.

O pesquisador necessita inventar, construir um caminho a ser trilhado. Aliás, cabe destacar que esse percurso que nos levará para algum lugar é o próprio método. Neste contexto, é exatamente o método para abordagem do problema em estudo que vai

caracterizar o aspecto de cientificidade da pesquisa. Cumpre, portanto, que o destaquemos para uma breve análise. Na etimologia, a palavra “método”, é de origem grega, *methodos*, composta de *meta*, “através de”, “para além de” e “*hodos*” que significa “caminho”, “via”. Em última instância seria tentar ordenar um trajeto por meio do qual seja possível alcançar os determinados objetivos propostos.

O significado seria o conjunto de etapas e processos a serem seguidos ordenadamente durante o processo de investigação; é a própria sistematização. A rigor, método significa o traçado fundamental do caminho a ser percorrido na pesquisa científica. E, a função da metodologia é dar direção, orientação, fundamentar esse caminho a trilhar. Num sentido mais amplo, de acordo com os ensinamentos de Minayo (2015) metodologia seria:

Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). (...) Ela inclui as concepções teóricas da abordagem, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade (p.14-15).

Posicionando-se de forma contrária a este raciocínio e refutando o método cartesiano, Foucault propõe que o trabalho de pesquisa consiste num contínuo movimento de desprender-se de si mesmo, numa “tentativa de modificar o que se pensa e mesmo o que se é” (Foucault, 2004; Ferreira Neto, 2008). Enfatiza, pois, a concepção de método, na perspectiva da dimensão ética, como conjunto de “práticas de si” e conhecimento do mundo, tradição esta já encontrada desde a cultura grega.

A premissa foucaultiana era de que a neutralidade de uma metodologia correta, fixa, pré-determinada quando aplicada da mesma maneira em domínios diferentes, ou seja, a metodologia entendida enquanto prescrição operacional de como deve ser realizado um trabalho de cunho científico possa ser substituída por uma ética da auto-invenção; ética na qual sujeito e objeto sejam constituídos no próprio processo investigativo, associando, pois, pesquisa aos modos de subjetivação.

Sob esse ângulo, o pesquisador deve expor-se mais ao seu objeto, dialogando e assumindo a função de subjetivação imanente à pesquisa. O ato de pesquisar produz,

portanto, objetos de pesquisa a partir de um método que não é dado *a priori* e é nesse movimento que é constituído o sujeito-pesquisador (Ferreira Neto, 2008, p. 537).

O próprio filósofo reconhecia o solo das pesquisas que realizava como sendo minado, árido, perigoso e possuidor de um objeto cambiante, haja vista “o que somos – os conflitos, as tensões, as angústias que nos atravessam” (Foucault, 2003; Ferreira Neto, 2008, p. 537). E, neste mesmo solo, aparecem, concomitantemente, sujeito e objeto que se formam, transformam-se e relacionam-se um em função do outro. Passemos, neste momento, a discutir mais aprofundadamente a questão do método, dirigindo-nos e guiando-nos pelas pistas deixadas por Foucault ao longo de sua obra.

3.2. O método em Foucault: seguindo suas “pegadas”

O caminho daquilo que poder-se-ia chamar de método foucaultiano não está previamente definido, nem estabelecido *a priori*; tão pouco é traçado sob um projeto calcado em alicerces fixos e cânones rígidos ou delineados com robustez. Isso se torna bem claro e explícito nas palavras proferidas pelo próprio filósofo:

Não tenho um método que se aplicaria, do mesmo modo, a domínios diferentes. Ao contrário, diria que é um mesmo campo de objetos que procuro isolar, utilizando instrumentos encontrados ou forjados por mim, no exato momento em que faço minha pesquisa, mas sem privilegiar de modo algum o problema do método (...). Não tenho teoria geral e tampouco tenho um instrumento certo. Eu tateio, fabrico, como posso, instrumentos que são destinados a fazer aparecer objetos (Foucault, 2003, p. 229).

À medida que tomava seus objetos de estudo para análise e investigação é que fazia simultaneamente a eleição de um determinado método para abordagem de seu problema de pesquisa. Método este que poderia ser revisitado ou sofrer retificações e alterações no decurso do próprio processo investigativo. Construía, assim, uma forma de pensar não sistematizada, não organizada ou planejada nem alinhada. Eis suas palavras:

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (Foucault, 1984, p.13).

Foucault se afasta da tradição de se fazer pesquisa científica cunhada pela realização de uma investigação cuidadosamente planejada, minuciosamente desenvolvida e realizada de acordo com princípios e normas metodológicas consagradas pela ciência, utilizando-se para alcançar este fim, um conjunto de instrumentos e procedimentos a serem operados de modo sequenciado. Afirmaríamos, pois, no rigor da acepção da palavra método, a não existência de apenas um método científico foucaultiano, mas sim de “métodos foucaultianos”. Em Michel Foucault, “não há uma unidade metodológica (...) é a própria ideia de um método histórico imutável, sistemático, universalmente aplicável que é desprestigiada” (Machado, 2007, p. 11-12).

Em consonância com essas proposições, Veiga-Neto (2009) faz a ressalva de que “as máximas foucaultianas constituem uma teoria e apontam um método ou, talvez melhor dizendo, constituem uma teorização – como um conjunto aberto/inacabado de práticas que se valem de diferentes métodos” (p. 92).

No trabalho investigativo, o caráter da impermanência se constitui enquanto condição de possibilidade, o que o filósofo trata como uma “moral do desconforto”, em contraposição à “moral cômoda”, na concepção cartesiana. Em sua própria evolução do pensamento, Foucault, no conjunto de seus textos, foi desenhando a tessitura de seu método, sem, contudo, preocupar-se com o aspecto formal da técnica, com os modos de procedimento nem tampouco com conceituações rígidas. Os conceitos constantemente vão sofrendo deslocamentos e mutações no transcorrer de sua obra; as revisões conceituais operadas criavam a necessidade de refazer percursos históricos.

A constante preocupação era considerar a organização do campo discursivo e as sucessivas regras que tornariam possível o surgimento e a transformação dos conceitos por ele analisados, logo, “as regras de formação dos conceitos (...) estão no próprio discurso e se impõem a todos aqueles que falam ou tentam falar dentro de um determinado campo discursivo” (Foucault, 1986, p.70).

Ao remontarmos o traçado e a trilha de seu próprio caminho construído pode-se verificar designadamente a estrutura de seu solo, por sinal bastante fértil, sobre o qual se edifica o caminho epistêmico-metodológico adotado em seus estudos para compreensão dos fenômenos investigados. A especificidade da trajetória filosófica foucaultiana vai-se definindo e delineando-se ao passo que percorre e investiga novos territórios,

concebendo-os como objetos de estudo, relacionando-os ao conjunto de regras que possibilitaram constituí-los como objeto de discurso, instaurando problematizações.

Problematizar decorre do instigar novas e mais variadas formas de pensar, remetendo-nos, necessariamente, à produção de modos de subjetivação atravessados por saberes e estratégias de poder. Os jogos de saber/poder e constituição do sujeito são indissociáveis, estando enraizados nas problematizações foucaultianas. A partir de tal pressuposto, considera-se que sujeitos e o meio social são atravessados por práticas discursivas como constitutivas do conhecimento, as quais estão historicamente datadas e situadas. Em suma, “tudo está imerso em relações de poder e saber, que se implicam mutuamente, ou seja, enunciados e visibilidades, textos e instituições, falar e ver constituem práticas sociais” (Fischer, 2001, p. 200).

Foucault afasta-se da tradição moderna, cunhada a partir do advento do Iluminismo, na qual o modelo hegemônico e legitimado de se fazer ciência, ainda estaria bastante arraigado ao método positivista de pesquisa, tendo que ser válido para ter a devida comprovação científica. Os ideais positivistas estão atrelados à neutralidade, causalidade, objetividade e universalidade, utilizando-se para isso, conceitos matemáticos para explicação da realidade social. A marca do discurso cartesiano está fundada, no dizer de Ferreira Neto (2008), “no ordenamento matemático da natureza. A verdade é una e universal” e, complementa:

Em resumo, o método é um conjunto de procedimentos racionais, de base lógico-matemática, que garante a qualquer sujeito que dele se utilizar a aquisição do conhecimento verdadeiro e a refutação do falso. São os procedimentos racionais que asseguram o acesso à verdade (...). Em suma, trata-se do trabalho de aplicação rigorosa da razão consubstanciada na simplicidade do método a única garantia de acesso, sem erro, à verdade (p. 535).

Os positivistas buscavam a certeza e opunham-se à instabilidade e a quaisquer outros fatos de ordem subjetiva. Elegiam-se, assim, alguns discursos tidos como verdadeiros, enquanto que outros são considerados falsos. No cerne do positivismo lógico, as verdades são absolutas e somente passíveis de alcançá-las através do método quantitativo. O pensador e filósofo Foucault, contrapondo-se ao ideário positivista intimamente relacionado às formas de controle, regulação e, em certo sentido, à

detenção do poder, passou a questionar a perspectiva científico-racional privilegiada da modernidade e suas amarras às lógicas causal e universal.

Desenvolveu, assim, uma crítica à racionalidade moderna que concebia uma compreensão unificadora e totalitária do mundo e de seu funcionamento, através de um método sistemático e imutável. Para Veiga-Neto (2009) há um afastamento por parte do filósofo das chamadas “últimas verdades”, da possibilidade de uma “perspectiva de todas as perspectivas” e da existência de um “método de todos os métodos” (p. 88).

Ante este panorama aqui esboçado, pode-se dizer que Foucault estabeleceu, em seus estudos, um percurso absolutamente original, “não há um solo-base externo por onde caminhar, senão que, mais de que o caminho, é o próprio solo sobre o qual repousa esse caminho” (Veiga-Neto, 2009, p. 89).

3.2.1. História, Sujeito e Discurso.

Seguindo as “pegadas” da construção foucaultiana em sua própria caminhada, observa-se que ele se propôs a pensar historicamente seus objetos de investigação, em outras palavras, retoma a importância da história, mas não a tradicional, positivista, constituída por uma sucessão de fatos cronológicos que denotam progresso ou linearidade causal a ser tomada para análise. Mas sim, a história descontínua passível de compreensão dos fenômenos, das rupturas e fragmentações; aquela que privilegia a pluralidade dos acontecimentos na sua própria dispersão, no contexto de sua produção.

A descontinuidade concerne ao modo de constituição histórica. Afixa-se como fundamental ferramenta conceitual na análise de um determinado campo de forças, isto porque possibilita compreender como estas forças se agenciam e fazem emergir objetos. No caso deste trabalho, os modos próprios de subjetivar-se de idosos diante de condições crônico-degenerativas de adoecimento e como são atravessados por determinadas práticas de poder/saber que os produzem. Foucault (2012) nos adverte que a unidade dos discursos não estaria fundada na existência do determinado objeto ou na constituição de um único horizonte de objetividade, mas,

no jogo das regras que tornam possível, durante um período dado, o aparecimento dos objetos (...) regras que definem as transformações desses diferentes objetos, sua não identidade através do tempo, a ruptura que neles se produz, a descontinuidade interna que suspende sua permanência (p. 40).

Foucault (1985) afirma: “a história será “efetiva” à medida que ela reintroduzir o descontínuo em nosso próprio ser (...). Ela aprofundará aquilo sobre o que se gosta de fazê-la repousar e se obstinará contra sua pretensa continuidade” (p. 27-28). Remetemos, pois, à noção de descontinuidade, caracterizada pelas mudanças dos saberes e das práticas que estão, naquele tempo, intrinsecamente imbricados e articulados.

Nesse sentido, o caminho não é buscar, indefinidamente, um ponto originário e saber onde tudo começou. As datas e locais que fixamos não significam pontos de partida nem dados definitivos; são, antes, referências ligadas às condições de produção de um dado discurso, que se enuncia diferente, que é outro em cada um desses lugares e instantes. Não se trata, de forma alguma, de fazer uma interpretação cronológica nem de ir situando os elementos, como se fosse possível uma sequencialidade (Fischer, 2001, p. 220).

Daí a noção de historicidade enquanto um conjunto de forças presente no entorno sociocultural que possibilitam a emergência de uma determinada prática ou dos regimes de verdade. O entendimento acerca da visão foucaultiana da história passa, necessariamente, portanto, pelas multiplicidades determináveis historicamente em substituição à unidade, à continuidade e à estabilidade. Rompendo, assim, com a compreensão metafísica de mundo, dos tempos áureos do Iluminismo.

É pelo viés do devir histórico que Foucault passa a indagar aquilo que torna possível um determinado discurso ser considerado ou não científico; é a rede de entrecruzamentos dos diversos saberes que abriria o espaço de possibilidades para a emergência do discurso. Nessa perspectiva, a história não está alheia à ordem do discurso, em contraposição, obedece às suas leis. O referido autor ressalta que o discurso coloca em jogo tanto o desejo quanto o poder. No cerne do complexo jogo das interdições que atinge a escrita da história confere a ela um caráter marcadamente ideológico.

Foucault põe em relevo a questão das contingências, das heterogeneidades que constituem o presente; questiona constantemente a proveniência e emergência dos acontecimentos históricos. Ora, se o tempo histórico é considerado como uma sucessão de descontinuidades, então, pode-se afirmar que o sujeito só existe na e através da história. No horizonte de seu pensamento não toma o sujeito como cartesiano ou metafísico, mas como prática de subjetivação.

Nesse sentido, considerar-se-ia, pois que o sujeito é, ele mesmo, também um acontecimento histórico, que se subjetiva assumindo diferentes posições ao se colocar no mundo; o sujeito é sempre considerado como efeito do discurso, daí dizer que “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (Foucault, 1996, p. 10).

Na concepção foucaultiana, todo discurso é uma prática que se relaciona a outras práticas, devendo, portanto ser pensado enquanto “prática discursiva”; é uma ação do sujeito sobre o mundo. Deste modo, sua aparição deve ser contextualizada como um acontecimento, algo fundante que constrói uma vontade de verdade, podendo selecionar e excluir sentidos.

O discurso, longe de ser esse elemento transparente ou neutro no qual a sexualidade se desarma e a política se pacifica, fosse um dos lugares onde elas exercem, de modo privilegiado, alguns de seus mais temíveis poderes. Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder. (Foucault, 1996, p. 9-10).

Este estudo foi delineado a partir de um urgente e inquietante problema que subjaz o mundo contemporâneo, alçando contornos de profunda proeminência, a saber: velhice, adoecimento crônico e finitude. Problema este que se configura num campo privilegiado e aberto para discussões, podendo se exprimir tanto numa multiplicidade discursiva quanto ser foco na trama do saber/poder.

Tomando-se as ferramentas conceituais foucaultianas, dir-se-ia, pois, que a formulação dos enunciados no tocante a esses objetos de pesquisa se configura como um acontecimento, ou seja, algo que foi dito/pronunciado num determinado momento histórico de uma forma diversa de outrora. Empreender a história efetiva faz aparecer o acontecimento naquilo que tem de único, singular, entendendo aqui o acontecimento como uma relação de forças que se investe para produzi-lo.

No contexto contemporâneo dos cuidados em relação à saúde, os idosos adoecidos são alvos das mais diversificadas formas de intervenção bem como dos dispositivos de controle, vigilância e regulação, seja por parte dos profissionais de saúde ou pela própria rotina da instituição hospitalar na qual são assistidos.

A fase da velhice quando associada às doenças crônico-degenerativas mobiliza a convocação de uma ampla gama de médicos especialistas e de outras áreas da saúde que

fazem uso de saberes específicos para intervir nos corpos, hábitos, costumes e nos modos de vida dos idosos, normalizando suas condutas para atender ao propósito de suposta prevenção, adestramento e governabilidade, visando a conter o adoecimento e protelar a morte.

O poder médico e as tecnologias incidem sobre a vida da população, sobre os corpos, normalizando-os, impondo regras de condutas e terapêuticas, prescrições; tal gerenciamento implica assujeitamentos, modos de se subjetivar e técnicas de governamentalidade dos sujeitos ante uma situação de adoecimento crônico. Constituem-se como estratégias políticas de gestão da vida e morte humanas.

Destarte, a terminalidade da vida se desloca para outros regimes discursivos, trazendo-se à baila a emergência das condições de possibilidade para o surgimento de saberes sobre a vida, o morrer e a morte. As tecnologias de poder que atravessam os discursos sobre o morrer e a morte, os efeitos deste discurso e o modo como eles operam permite que analisemos os modos de subjetivação, as formas de sujeição e/ou resistência.

O saber, as relações de poder e as formas de subjetivação engendram inúmeras discussões; são dispositivos que configuram uma “experiência histórica” singular, na qual o sujeito pensa sobre si mesmo e se toma enquanto objeto de ação moral. Este movimento relaciona-se à ética através da qual nos constituímos como agentes morais de nossas próprias ações.

É justamente no discurso que vêm a se articular poder e saber. E, por essa mesma razão, deve-se conceber o discurso como uma série de segmentos descontínuos, cuja função tática não é uniforme nem estável. Mais precisamente, não se deve imaginar um mundo do discurso dividido entre o discurso admitido e o discurso excluído, ou entre o discurso dominante e o dominado; mas, ao contrário, como uma multiplicidade de elementos discursivos que podem entrar em estratégias diferentes (Foucault, 1988, p. 95).

O filósofo defende a ideia de que o sujeito está suscetível às transformações discursivas, neste sentido, situa a existência do sujeito do enunciado como aquele que é atingido e objetivado por jogos de discurso. No jogo incessante do devir histórico, pode-se analisar o lugar epistemológico que o discurso ocupa. É no campo dos enunciados que a realidade se manifesta. A análise enunciativa se efetiva,

como o conjunto das coisas ditas, as relações, as regularidades e as transformações que podem aí ser observadas, o domínio do qual certas figuras e certos entrecruzamentos indicam o lugar singular de um sujeito falante e podem receber o nome de um autor. “Não importa quem fala”, mas o que ele diz não é dito de qualquer lugar (Foucault, 2012, p. 150).

No decorrer da trajetória intelectual foucaultiana não havia preocupação em construir uma história dos espaços institucionais nem de tecer uma análise acerca do fenômeno do poder e sim, o tema geral de suas pesquisas sempre foi problematizar o sujeito nos mais diversos tempos históricos. No ano de 1983, Foucault concedeu uma entrevista para Hubert Dreyfus e Paul Rabinow (2013), tendo declarado:

Eu gostaria de dizer, antes de mais nada, qual foi o objetivo de meu trabalho nos últimos 20 anos. Não foi analisar o fenômeno do poder nem elaborar os fundamentos de tal análise. Meu objetivo, ao contrário, foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos (...). Assim, não é o poder, mas o sujeito, que constitui o tema geral de minha pesquisa (p. 273-274).

Foucault correlaciona experiência à cultura, aos campos de saber, aos tipos de normatividade e às formas de subjetividade. Enfatizava também a importância de se conhecer as condições históricas. Trata-se de uma experiência concreta, histórica e culturalmente situada num determinado tempo. É exatamente essa experiência histórica que cria o sujeito, não o universal, mas a forma singular de sujeito historicamente contingenciada. A experiência histórica explica as condições de possibilidades de emergência de um modo particular de subjetividade. Estamos falando, pois, de como o sujeito se constitui historicamente.

A experiência seria, pois, a dimensão constitutiva dos processos de subjetivação que, em conjunto com as contingências temporais, dota o sujeito de inteligibilidade, numa dada época. O cerne da preocupação foucaultiana não era quem seriam os sujeitos universalmente, mas quem é o sujeito, agora, no singular momento histórico, atravessado pelas esferas social e cultural.

Daí a inquietação de compreender como os idosos estão se subjetivando ante uma condição de doença crônica que, inevitavelmente, os conduzirá ao final de vida. Parte-se da premissa de que cada sujeito vai vivenciar essa experiência a partir de suas contingências históricas.

O método adotado para procedermos às análises das narrativas dos sujeitos idosos será a analítica descritiva de inspiração foucaultiana. Tomaremos, aqui, o discurso não como passível de interpretações, nem buscaremos significações ocultas, encobertas ou obscuras nas suas entrelinhas, mas sim, será analisado “em sua realidade material de coisa pronunciada” (Foucault, 1996, p. 8). E, “para além de sua formulação, são ditos, permanecem ditos e estão ainda por dizer” (p. 22), isto porque nem tudo é sempre dito.

Meu discurso, longe de determinar o lugar de onde fala, evita o solo em que se poderia apoiar. É um discurso sobre discursos, mas não pretende neles encontrar uma lei oculta, uma origem recoberta que só faltaria libertar; não pretende tampouco estabelecer, por si mesmo e a partir de si mesmo, a teoria geral da qual eles seriam os modelos concretos. Trata-se de desenvolver uma dispersão que nunca se pode conduzir a um sistema único de diferenças, e que não se relaciona a eixos absolutos de referência; trata-se de operar um descentramento que não permite privilégio a nenhum centro (Foucault, 2012, p. 247).

Leva-se também em consideração as contingências históricas de nossa época e todos os atravessamentos culturais, isto se justifica porque, “o novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta” (p. 26). Do exposto, considera-se, então, os discursos manifestos dos idosos como multiplicidades abertas às mais variadas significações e a pluralidade de sentidos, “assim estudado, o discurso, é ao mesmo tempo, plenitude e riqueza indefinida” (Foucault, 2012, p. 145).

3.3. Método ou método(s) foucaultiano

Foucault realizou inúmeras pesquisas sobre diversificados objetos que foram tomados para estudo, tais como: os sistemas prisionais, a sexualidade, a loucura, a medicina, tendo, portanto, desenvolvido em suas obras, métodos arqueológicos e genealógicos que enfatizavam jogos de poder na evolução dos discursos circulantes no meio social.

A partir dessa explanação é possível averiguar que, na abordagem e problematização dos problemas por ele estudados, não comporta “um único método” a ser seguido, tomado como uma camisa de força para abordar seus objetos de pensamento, mas sim, podemos falar em “métodos” como é o caso da arqueologia e da genealogia.

A arqueologia é a teoria dos dispositivos que fundamentam as ciências. Foucault tinha particular interesse pelas ciências que tomam o homem enquanto objeto de estudo, para citar algumas, a medicina e a psicologia, mais especificamente foca o lugar que a ciência ocupa no espaço do saber; é centrada na análise dos discursos, a partir das circunstâncias históricas. Do ponto de vista epistemológico, busca as condições históricas de possibilidade do saber. Dito de outro modo, o filósofo procurava estabelecer como se dá a articulação dos discursos de verdade. Assim, na acepção foucaultiana, o método arqueológico seria:

O conjunto “crítico” que põe em prática o princípio da inversão: procurar cercar as formas da exclusão, da limitação, da apropriação (...); mostrar como se formaram, para responder a que necessidades, como se modificaram e se deslocaram, que força exerceram efetivamente, em que medida foram contornadas (Foucault, 1996, p. 60).

Para exemplificar aquilo que designou como funções de exclusão, analisou a separação entre loucura e razão na época clássica, posteriormente, estudou o sistema de interdição da linguagem quanto à sexualidade desde o século XVI até o XIX que se “deslocou e se rearticulou a partir de uma prática da confissão em que as condutas proibidas eram nomeadas, classificadas, hierarquizadas” (p. 61). Estes seriam, portanto, os marcos simbólicos.

A genealogia ou a análise da proveniência corresponde ao conjunto de investigações das correlações de forças que se investem possibilitando a emergência de um determinado discurso. A estratégia de problematização das linhas de força envolvidas na constituição e construção do objeto historicamente. É imprescindível destacar que Foucault se apoia em algumas ideias fundamentais do pensamento nietzscheano quando analisa as noções de história e genealogia por ele adotadas. Nietzsche na posição de genealogista se recusava à busca das origens, em seu sentido metafísico. As coisas não têm a suposta essência porque foram construídas mediante situações específicas.

A tarefa da genealogia foucaultiana é analisar minuciosamente a procedência para saber diagnosticar e pesquisar os acontecimentos na sua singularidade. Procedência esta que não pode ser entendida como um saber acumulável, mas como um conjunto de dobras que o fazem instável, transitório, sendo esta uma atividade de investigação bastante trabalhosa. Neste sentido, a história é descontínua, não se apoia no princípio de constância; nada é fixo; não tem como objetivo mostrar que o passado está vivo no presente, senão que sua tarefa se centra em perceber desvios, acasos, os deslocamentos, as dispersões. O aspecto genealógico concerne à

Formação efetiva dos discursos, quer no interior dos limites do controle, quer no exterior, quer a maior parte das vezes, de um lado e de outro da delimitação. (...) a genealogia estuda sua formação ao mesmo tempo dispersa, descontínua e regular (Foucault, 1996, 65-66).

Foucault rompe com toda forma de pensamento que pretenda captar o sentido da história em sua totalidade, como algo sistemático, contínuo, porque a história que será efetiva deve fazer aparecer o acontecimento naquilo que tem de único, de acidental, procura, pois, problematizar os fatos em suas particularidades históricas.

A genealogia, nesta perspectiva, deveria destacar os aspectos que nos tornam e nos fazem diferentes; visa à articulação entre saber, poder e verdade. Existem relações de poder que subjazem à produção dos saberes. O poder está distribuído por toda a estrutura social, sendo, desta forma, socialmente produzido, além de estar relacionado às condições que permitiram sua emergência fazendo reconstruir ainda a análise das condições históricas e políticas das possibilidades de surgimento dos discursos. Quanto ao conjunto genealógico, Foucault (1996) profere as seguintes palavras:

Põe em prática os três outros princípios: como se formaram, através, apesar, ou com o apoio desses sistemas de coerção, séries de discursos; qual foi a norma específica de cada uma e quais foram suas condições de aparição, de crescimentos, de variação (p. 60-61).

Em suma, “enquanto a arqueologia é o método próprio à análise da discursividade local, a genealogia é a tática que, a partir da discursividade local assim descrita, ativa os saberes libertos da sujeição que emergem desta discursividade” (Foucault, 1985, p. 172).

No último período de sua obra que corresponde entre os anos de 1980 a 1984, Foucault faz a virada ética para o cuidado de si, a estilística da existência. Nesta fase, substitui “uma história dos sistemas de moral, feita a partir das interdições, por uma história das problematizações éticas, feita a partir das “práticas de si” (Foucault, 1984, p. 16). Com a descoberta do *éthos*, o sujeito não é mais olhado apenas como moldado pelos mecanismos do poder, mas como podendo se autoconstruir.

Preocupa-se, pois, com a forma pela qual o sujeito se constitui enquanto agente moral. Provoca a discussão da autotransformação do sujeito para o governo de si e dos outros, o que nos conduz para a análise das possibilidades de novas formas de subjetivação e de estilização da vida. O pensador francês vai encontrar na cultura Greco-romana a invenção política de uma subjetivação ética e estética do governo voluntário de si por sujeitos livres.

Na concepção de Foucault, a criação e invenção do método estão relacionadas às condições de possibilidade, desse modo, os percursos de seus estudos estariam suscetíveis às modificações e devidas substituições. O modo de fazer pesquisa seria, pois, uma estratégia política.

3.4. Mapeamento do campo problemático

Nesta segunda parte do capítulo metodológico, logra-se o intento de revisitar e mapear o campo problemático no qual se desenvolveu a pesquisa, tentando descrever todo o caminho percorrido: dificuldades e impasses encontrados no campo; o processo de seleção e encaminhamento médico dos sujeitos idosos participantes à pesquisadora; quem pronunciou os discursos, de que forma foram pronunciados e em que contexto ou realidade ocorreu estas enunciações.

Realizou-se esta pesquisa no serviço de Geriatria de um hospital particular de grande porte, na cidade de Recife. Tal escolha se deveu ao fato de ser uma instituição privada de referência que conta com profissionais de saúde treinados e capacitados que se dedicam ao estudo do envelhecimento humano. Todos titulados pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e que atuam na especificidade da prática clínico-hospitalar com idosos.

Os membros que compõem a equipe de geriatria e gerontologia desse hospital, operam em prol do envelhecimento saudável da população com qualidade de vida, autonomia, sendo o foco a prevenção de doenças e o diagnóstico precoce. A prestação desses serviços é realizada por médicos geriatras, médicos residentes e por gerontólogos que atuam em diversas áreas do saber, com competências complementares: fisioterapia (motora e respiratória), enfermagem, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, nutrição, odontologia e educação física.

Os profissionais oferecem atendimentos ambulatoriais, realizados no próprio consultório. Também realizam assistência tanto domiciliar como hospitalar para os casos de pacientes em regime de internação que estejam sob os cuidados do serviço de geriatria. A missão de toda a equipe de saúde (geriatras e gerontólogos) é prestar assistência integral e humanizada aos idosos e a seus familiares, de forma individualizada, de acordo com seus históricos pessoal e clínico, respeitando os valores e o contexto sociocultural no qual estão inseridos. Trata-se de uma abordagem multidisciplinar referendada em padrões técnicos e científicos atuais.

Quanto aos critérios de seleção para composição do universo de sujeitos pesquisados, temos os seguintes de inclusão: idosos (com idade igual ou superior a sessenta anos) diagnosticados com doenças crônicas, sem possibilidade de resposta a tratamento terapêutico curativo; em regime de internação hospitalar ou não (entretanto, precisava ter passado recentemente pela situação de internamento dado o surgimento dos sintomas e complicações clínicas); estar consciente e orientado quanto ao quadro clínico crítico e prognóstico reservado da doença; aceitar participar como colaborador da pesquisa.

Em relação aos critérios de exclusão: idosos que não estavam conscientes e orientados, respondendo por si próprios; que não tinham capacidade de discernimento, articulação de ideias ou verbalização. Também foram excluídos aqueles que não demonstraram interesse quanto à pesquisa ou que se recusaram a submeter-se à entrevista ou às regras estabelecidas.

Convém ressaltar que em princípio, não foi determinado um quantitativo de participantes idosos a serem entrevistados. À medida que os objetivos propostos nesta pesquisa foram alcançados, definimos a finalização da produção de narrativas. Seguindo as ideias de Turato (2008), tratar-se-à de uma amostragem proposital, intencional ou

deliberada. Isto quer dizer que o pesquisador escolhe deliberadamente todos os sujeitos que comporão seu estudo, de acordo com os pressupostos estabelecidos para a pesquisa. Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, o foco seria compreender as significações e os sentidos atribuídos pelos sujeitos ao adoecimento crônico e a possibilidade da finitude.

3.4.1. Dentre os percalços e as dificuldades

A equipe de profissionais do serviço de geriatria do hospital realiza, na rotina diária, acompanhamento clínico-hospitalar em média a 50 pacientes idosos internados. Este expressivo quantitativo de sujeitos em regime de hospitalização poderia sinalizar certa facilidade no tocante à escolha dos sujeitos participantes desta pesquisa; no entanto, definitivamente, esta não foi a realidade encontrada pela pesquisadora. Na travessia do percurso, alguns entraves se impuseram e contratempos precisaram ser transpostos e remediados, os quais passarei a mencionar.

Uma das primeiras dificuldades relacionava-se à alta preponderância de idosos diagnosticados com síndromes demenciais em estágios avançados, conseqüentemente, desorientados temporal e espacialmente, com declínio cognitivo, comprometimento da memória e da linguagem. Em outras situações, casos de idosos que estavam atravessando graves complicações no quadro clínico, com comorbidades associadas e que se encontravam nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI's), muitos deles traqueostomizados ou que não contatavam verbalmente.

Noutros casos, também tinham pacientes sequelados de acidente vascular cerebral (AVC) e afásicos. Obviamente, para estes casos citados, configurava-se um cenário que não viabilizava a realização de entrevistas, primeiro porque tais sujeitos não se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa e, sobretudo, pelo fato de terem comprometimento cognitivo.

Dando prosseguimento aos impasses encontrados no campo, ressalta-se que apesar da indicação dos médicos geriatras de alguns idosos que poderiam tornar-se sujeitos colaboradores da pesquisa, depara-se com alguns problemas: pacientes que tinham tido intercorrências clínicas, por exemplo: vômitos, náuseas, cefaleia, cansaço, dispneia ou que apresentaram estados emocionais de ansiedade, apatia ou episódios depressivos de forma recorrente, optou-se por não realizar a entrevista por questão de respeito e sensibilidade, pois poderia mobilizá-los emocionalmente. Assim como

aqueles que tinham sido medicados e apresentavam quadros de sonolência referidos pelos seus respectivos cuidadores (familiares ou terceirizados) ou equipe técnica de enfermagem também não foram abordados uma vez que necessitavam de repouso, sem incômodos ou interferências.

A pesquisadora teve acesso aos prontuários eletrônicos dos pacientes, nos quais era possível acompanhar todos os registros clínicos, como as evoluções diárias médicas, fisioterápicas (motora e respiratória), nutricionais, psicológicas, de enfermagem, da fonoaudiologia e da terapia ocupacional; como também foram colhidas informações tanto na avaliação geriátrica ampla como no plano terapêutico proposto para os pacientes, no qual constava a lista de problemas (doenças) e as condutas clínicas a serem tomadas na condução do tratamento de cada caso em particular.

Em meio ao acesso a esses prontuários por via eletrônica, frisa-se que foram identificados diversos casos de pacientes idosos que se encaixavam nos critérios de inclusão, no entanto, não foram sequer abordados porque seus médicos assistentes pertenciam a outras clínicas (oncologia, urologia, tais especialidades apenas para exemplificar) para as quais a pesquisadora não tinha a devida autorização de realização nestes setores. Isto porque o aceite e a permissão da instituição hospitalar que me foi concedida restringia-se apenas ao âmbito da geriatria.

Por razões éticas, seria, pois, necessário, solicitar à direção médica na provedoria do hospital, a extensão de permissão às outras clínicas, sendo o procedimento o mesmo, ou seja, envio do projeto para análise do setor responsável e possível aceitação ou não para acolher a pesquisadora no serviço. Cabe destacar que existe o legítimo direito das respectivas clínicas médicas de não permitir a realização de pesquisas acadêmicas, então, por este motivo, optou-se por permanecer na geriatria.

Outro aspecto de fundamental importância observado concerne à identificação dos pacientes por parte dos médicos para indicá-los à pesquisa que seria da seguinte forma: leito número tal, no andar “x” ou “y” (são dois respectivos andares do hospital que correspondem às internações da geriatria). Entretanto, cabe destacar que na eventual possibilidade de não haver vagas nestes setores, no momento da internação, os idosos podem ser redistribuídos para outros andares do hospital.

O que se pretende dizer, em outras palavras é que os pacientes por vezes eram indicados ou identificados não por seus respectivos nomes, mas pelos números dos apartamentos (ex: a paciente do 614). Dado esse extremamente relevante porque entra em cena a questão do “apagamento identitário”. Este é, indubitavelmente, um dos efeitos subjetivos nefastos causados pela situação de internamento.

As instituições hospitalares reproduzem uma trama política e econômica, estando calcadas na primazia da doença em detrimento da pessoa adoecida que carece de atenção e cuidados, ou seja, a doença passa a recobrir manifestações subjetivas de uma forma absolutamente avassaladora. Trata-se de uma modalidade assistencial em saúde alienante. A pessoa internada fica assujeitada às normas que regem toda a dinâmica do modelo institucional; sob esta perspectiva, condições do âmbito singular, sociais, históricas, familiares são sistematicamente ignoradas.

Sabe-se que pacientes em regime de internação são submetidos ao rígido regulamento e enquadre institucionais, ao atendimento padronizado, aos horários estabelecidos; ao sistema de regras explícitas, monitoramento e controle rigoroso da vida. Faz-se, pois, referência a um regime policialesco de absoluta vigilância, atravessado por relações de poder, num constante movimento de regular, vigiar em prol da manutenção da disciplina.

Todavia, é fundamental o reconhecimento de que por trás desse “corpo-máquina”, limitado e fragilizado pelo adoecimento, por conseguinte, investido de cuidados, existe um sujeito desejante subtraído de todas as possibilidades de interação social, tendo seus hábitos e costumes anteriormente adquiridos subvertidos, daí sentirem-se deslocados, segregados.

Outro ponto de relevância a enfatizar é que, antes mesmo de abordar os pacientes, a pesquisadora tinha o constante cuidado não apenas de ler o prontuário para averiguar as evoluções dos profissionais de saúde que os acompanhavam direta e diariamente, como também realizava previamente contato com a enfermeira chefe de plantão e com os técnicos de enfermagem que os assistia, realizando procedimentos: asseio e higiene íntima; trocas de roupa e fraldas; administração das medicações de horário prescritas; averiguação de estados febris; aferição da pressão arterial; assepsia de curativos. Tudo isso com o intuito de apurar dados importantes, ter acesso às

informações de possíveis intercorrências, além de assegurar as condições de viabilidade para realização da pesquisa e impedir eventuais interrupções.

Após a exposição de todos esses fatos, evidencia-se o quanto a pesquisadora foi cautelosa e sensível no quesito de escolher os sujeitos a serem convidados a participar da pesquisa. Eles foram cuidadosamente selecionados, respeitando-se a autonomia, a privacidade, o contexto das condições clínicas e emocionais, bem como os horários de sono, alimentação e descanso. Tentou-se, na medida do possível, controlar as variáveis no tocante às intercorrências e possíveis interrupções dos profissionais da saúde, dos serviços gerais, da nutrição ou até dos familiares.

Cede-se, agora, o espaço para dar vez/lugar aos idosos para que possamos problematizar e analisar o modo como estão vivenciando o adoecimento crônico, sem quaisquer perspectivas curativas, sem, no entanto, ter a preocupação de estabelecer relações de causalidade nem tampouco verdades unívocas ou universais.

3.4.2. Os sujeitos dos enunciados

Os sujeitos participantes desta pesquisa foram cinco idosos (vide tabela) portadores de patologias crônico-degenerativas, de ambos os sexos (três mulheres e dois homens) todos de classe média, da zona urbana da cidade de Recife/Pe e um deles reside em Maceió/Al. As entrevistas foram realizadas no período entre os meses de abril a agosto de 2016. É importante frisar que a todos os idosos entrevistados foram atribuídos nomes fictícios, a fim de preservar a identidade, além do respeito ao anonimato e sigilo ético.

A primeira idosa foi **Florinda**, 89 anos, aposentada, natural de Taquaritinga do Norte, viúva, tem seis filhas e reside com uma delas em casa térrea própria, tem onze netos, oito bisnetos e três trinets. É testemunha de Jeová e não aceita hemotransusão²⁸, portanto, em caso de necessidade de submeter-se a qualquer procedimento, deve-se necessariamente, comunicar aos familiares e solicitar autorização para realizá-los.

Em período anterior à entrevista, esteve internada, mas tinha recebido alta após melhora dos sintomas. No entanto, retorna para internação com quadro de recrudescência de febre, anorexia, prostração, artralgia e mialgia secundária a

²⁸ Vide anexo para consulta no glossário de todos os termos médicos que constam nesta seção.

arbovirose ou a nova infecção a investigar clinicamente, além de hiponatremia. Tratando-se das doenças prévias, é portadora de hipertensão arterial (HAS), artrite reumatoide, depressão e osteoporose. Apresenta síndrome de fragilidade e é relativamente dependente para realização de atividades instrumentais da vida diária; declínio cognitivo leve (relatos por parte dos familiares de esquecimentos há 4 ou 5 meses).

Apesar de bastante frágil, debilitada, estava alegre e receptiva à entrevista, demonstrando interesse em colaborar com a pesquisa. Sempre simpática, sorridente, gosta de conversar e de ajudar aos outros; é extremamente religiosa. Tive a impressão de forte união na família. Ela como matriarca é respeitada e muito amada por filhos, netos, bisnetos bem como sempre se deu muito bem com seus genros, os quais são considerados como filhos. Relata que foi muito feliz no casamento e que teve um marido muito bom “melhor não poderia ser” (sic). Bastante colaborativa com toda a equipe de técnicos de enfermagem, tratando-os com carinho e respeito, assim como com os outros profissionais de saúde, estendendo-se esta relação afetuosa também à pesquisadora. Mantém bom relacionamento com seus vizinhos, inclusive um deles foi quem lhe socorreu para o hospital (Diário de Campo).

A segunda idosa, **Bercy**, 79 anos, aposentada, viúva, tem quatro filhos (dois homens e duas mulheres) e oito netos. Reside em casa própria com o filho médico que é divorciado. É judia; seu pai era russo e o sogro ucraniano. Gosta muito de artesanato (tapeçaria), gostava de tocar piano e adora ouvir músicas nordestinas, passear, fazer compras e conversar com as amigas.

Internou-se com quadro de sepse urinária e infecção renal crônica agudizada. Paciente dependente para as atividades de vida diária (exceto alimentar-se); utiliza apoio para deambular. Dentre os problemas clínicos: HAS, Diabetes mellitus (tipo 2); Câncer de mama, Neoplasia de reto (fez radioterapia há 10 anos); anemia prévia com uso de eritropoetina por 9 anos; dependência funcional e elevado risco de quedas.

Estava acompanhada no momento da entrevista por uma cuidadora informal, assim como também acontece em sua residência, ou seja, está sempre sob os cuidados de pessoal terceirizado. Tem dois filhos médicos (oftalmologista e geriatra) que também conduzem clinicamente o caso. Encontrava-se consciente e orientada, tendo inclusive o interesse em ler todo o TCLE, antes de assiná-lo. Mostrou-se interessada e

entusiasmada com a pesquisa. Chamou-me bastante a atenção o fato da questão financeira ter uma presença bastante marcante e significativa em seu discurso. De forma recorrente elaborava e articulava suas ideias e pensamentos, produzindo narrativas relacionadas ao dinheiro e repartição de herança na família, divisão de bens (Diário de Campo).

O terceiro sujeito foi **Heleno**, 80 anos, aposentado, funcionário público; casado, tem duas filhas e outra falecida que era especial e um neto. Reside com a esposa em casa própria; é católico. Ainda tem duas irmãs idosas e refere falecimento de vários irmãos. Adora pescar, passear e viajar de carro, tendo já conhecido quase todos os estados do Brasil.

O paciente foi internado com quadro de dor abdominal, inapetência e perda de peso há cerca de dois meses para investigação. Referia dor localizada em mesogastro, com pontadas de moderada intensidade sem irradiações, mas que aumentaram em frequência e intensidade progressiva. Concomitantemente cursou com constipação, com perda de apetite relacionada ao medo de desencadear dor abdominal; perdeu cerca de 7 kg em três meses. Paralelamente tinha queixas de jato urinário fraco, esforço miccional. Nega antecedentes de etilismo, tabagismo e história familiar de neoplasia ou cirurgias abdominais prévias.

Dos exames clínicos, averiguou-se presença de lesão expansiva heterogênea localizada na raiz do mesentério. No diagnóstico diferencial, considerar neoplasia primária de mesentério. No que concerne à evolução médica, constava no prontuário: tumor abdominal a/e linfoma indolente? Neoplasia de pâncreas? Sarcoma? Retenção Urinária A/E Paraneó; HPB e Sarcopenia. Realizou uma biópsia com o seguinte resultado: parcial de neoplasia maligna indiferenciada com necrose, cujo laudo foi enviado para Imunohistoquímica para definir linhagem celular. Até o momento ainda não se tinha etiologia definida da lesão tumoral após discussão com a oncologia clínica.

Estava orientado, colaborativo e se disponibilizou sem resistência, a ser participante da pesquisa, apenas ressaltou que ficaria preocupado em “falar algo errado” (sic). Referiu que nunca teve problemas de saúde, sempre foi muito ativo e trabalhou desde os 14 anos de idade. No curso da entrevista permaneceu sério, pensativo e preocupado, no entanto, essa barreira de tensão e seriedade somente foi transposta na ocasião em que falou de seu neto, familiares e atividades de lazer

preferidas. Mostrou-me, em seu celular, várias fotos da família, sua outra filha, seu neto que costuma levar ou pegar na escola e até da piscina de sua casa. Neste momento, parecia satisfeito e feliz (Diário de Campo).

O quarto sujeito foi **Vera**, 71 anos, não casou nem teve filhos. Relata que teve um companheiro, mas a relação durou apenas seis anos e não deu certo, separaram-se e não teve outros relacionamentos. Médica aposentada (especialidade de Ginecologia e Obstetrícia). Tem quatro irmãos (dois homens e duas mulheres). Uma de suas irmãs que também é médica, é sua grande amiga, companheira, estando sempre presente em sua vida, principalmente acompanhando todo o processo do adoecimento, desde o diagnóstico, consultas médicas ao tratamento e à internação. É católica, reside sozinha em apartamento próprio.

A paciente foi diagnosticada de esclerodermia sistêmica limitada (doença autoimune e incurável). Foi internada porque estava apresentando febre, calafrios e diarreia crônica. O quadro intestinal está associado à sua doença de base. Fez um quadro de pancreatite medicamentosa. Estava muito tensa e preocupada com seu estado de saúde e com o surgimento das complicações clínicas que a levaram ao internamento hospitalar.

Foi-me apresentada por seu médico geriatra assistente; fomos juntos visitá-la em seu leito e ela se dispôs a colaborar com a pesquisa, sendo bastante receptiva. Encontramo-la sentada na cadeira, sozinha, o quarto escuro e assistindo televisão. Relata que sua irmã tinha ido para casa, pois era a data de seu aniversário, mas que voltaria à noite para acompanhá-la. Para esta idosa, a descoberta da doença foi um marco em sua história de vida, gatilho para desencadear uma série de questionamentos, momentos de crise que a impeliram muitas vezes a mudanças de posicionamento ante o enfrentamento do adoecimento.

Está consciente da grave e rara doença diagnosticada, além do aspecto de incurabilidade e irreversibilidade. Expressa o desejo de não querer morrer de forma prolongada e com sofrimento “Eu só peço a Deus uma morte sem muito sofrimento... Quero uma morte mais light” (sic). Acompanhou o processo de morte de sua mãe que teve um AVC hemorrágico e passou meses em situação de internamento; foi a óbito por causa de sepse de foco pulmonar, portanto, não deseja para si a mesma situação que vivenciou com a figura materna (Diário de Campo).

O quinto idoso é **Franco**, 86 anos, natural do Ceará. Tem dois filhos, sendo um de sua primeira esposa que faleceu e outro de sua atual cônjuge com quem é casado há 50 anos. Moram sozinhos em apartamento alugado. É jornalista, foi um famoso comunicador de rádio do Estado; é evangélico e faz trabalho voluntário na igreja que frequenta. Adora ler e escrever.

Apresenta quadro de coronariopatia obstrutiva grave. Afirma que exerce uma super atividade profissional, trabalhando mais de doze horas por dia: pela manhã dá expediente na imprensa oficial (área jornalística) editando o jornal eletrônico do Estado, à tarde presta voluntariado na igreja e à noite se dedica à sua grande paixão que é escrever.

Internou-se porque estava sentindo muito cansaço, falta de ar e problemas circulatórios, além de pequenos desmaios com perda da consciência. Há dez anos, devido à dislipidemia e à má circulação, precisou colocar *stent* na perna direita a fim de viabilizar a melhora do fluxo sanguíneo no local causada por entupimento das artérias. Há cinco anos sentiu dor intensa no torácico e colocou mais três *stentes* devido à obstrução nas veias periféricas. Após essas intervenções cirúrgicas, passou a sentir novamente fortes dores torácicas; teve infarto do miocárdio, fez cateterismo e colocou mais duas próteses. Alega também problemas digestivos de refluxo.

Este participante é muito inteligente, sensato, com potencial inventivo e criativo; seu grande receio é o agravamento da doença e as conseqüentes complicações clínicas. A excessiva preocupação com o estado de saúde associa-se ao temor da viuvez de sua esposa. São muito felizes no casamento, ambos gostam de cuidar da relação marital, demonstrando carinho e afeto mútuos (Diário de Campo).

No intento de uma melhor visualização do perfil dos participantes entrevistados, optou-se por apresentá-los com seus respectivos dados sociodemográficos levantados.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos sujeitos entrevistados

Nome fictício	Idade	Etnia-raça	Instrução	Religião	Residência
Florinda	89 anos	Branca	Ensino médio completo	Testemunha de Jeová	Recife/ Pe
Bercy	79 anos	Branca	Nível superior	Judia	Recife/ Pe
Heleno	80 anos	Parda	Nível superior	Católico	Maceió/Al
Vera	71 anos	Branca	Nível superior	Católica	Recife/Pe
Franco	86 anos	Pardo	Nível superior	Evangélico	Recife/Pe

3.4.3. As condições de possibilidade para produção discursiva (ferramentas operacionais)

Elegeu-se como instrumento de investigação na produção dos dados, uma entrevista narrativa, a qual foi aplicada individualmente com cada participante idoso. Instrumento este que é utilizado principalmente no contexto da pesquisa biográfica. O método foi desenvolvido no contexto de um projeto sobre estruturas de poder local e processos de decisão (Flick, 2009, p. 165).

Os encontros com os participantes foram definidos em comum acordo com a pesquisadora e realizados no próprio leito do hospital, respeitando-se sempre o compromisso ético e a confidencialidade. Apenas um idoso que já havia recebido alta hospitalar foi entrevistado na sua sala de atendimento na igreja, onde realiza trabalho voluntário. Este encontro foi previamente combinado e agendado.

As entrevistas foram norteadas a partir de uma pergunta inicial também chamada de “questão disparadora”: como o sr (a) está se sentindo? Estabeleceu-se um *rapport* inicial com os idosos e o tema foi cuidadosamente sendo aos poucos introduzido, daí passaram a desenvolver suas narrativas. Tal questão focalizava todo o trabalho de investigação, tendo por finalidade estimular a narrativa do entrevistado. Tem o caráter aberto e os participantes puderam discorrer livremente sobre o tema da pesquisa, assim como a entrevistadora também dispôs de maior liberdade para lançar outras questões que foram relevantes às construções das narrativas com maior riqueza de detalhes, aprofundando, assim, o tema em estudo.

Por se tratar de sujeitos em estado de vulnerabilidade, o idoso participante foi cuidado todo o tempo de realização da pesquisa, sendo o seu bem-estar físico e emocional foco de atenção e preocupação constante por parte da pesquisadora. Nenhum dos entrevistados relatou desconforto ou angústia durante a entrevista, mas caso ocorresse, seria interrompida imediatamente a sua participação. Eles estariam livres para retirar, a qualquer momento, seu consentimento ou interromper sua participação se assim desejassem, bem como seria disponibilizado, de imediato, o atendimento psicológico ao paciente.

As entrevistas foram gravadas em gravador de voz digital com a concordância do pesquisado, armazenadas e, posteriormente, o conteúdo foi submetido à transcrição fidedigna e na íntegra, obedecendo e garantindo-se o sigilo quanto às identidades dos participantes.

A pesquisadora também utilizou um Diário de Campo no qual foram registradas todas as suas observações sobre o paciente durante os momentos da entrevista, assim como suas próprias emoções, sentimentos, inquietações e percepções. A respeito desse instrumento, Minayo (2010) esclarece:

Nele devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos (p. 295).

Trata-se de uma ferramenta utilizada para registrar dados susceptíveis de serem analisados, pode-se incluir: ideias, frases, gestos, impressões, sorrisos, choros, impressões, comentários, pausas, ênfases, percepções e sentimentos. O mais importante

é anotar no diário tudo aquilo que se observa/percebe, no campo da pesquisa, ao longo do processo de investigação. Os depoimentos colhidos nas entrevistas e o registro das observações no diário de campo foram articulados à teoria, dialogando sob o ponto de vista da analítica descritiva com base em conceitos foucaultianos. A presença do discurso como objeto de reflexão nos escritos de Foucault estaria intimamente relacionada à sua preocupação com o sujeito em sua relação com o saber, o poder e com a verdade.

Partindo desse eixo epistemológico, o filósofo propõe um olhar sobre um novo tipo de racionalidade, seus deslocamentos e transformações, bem como sobre as diferentes formas nas quais os discursos podem se encadear. Daí configurou as noções de ruptura, descontinuidade, dispersão. Por esse viés metodológico, o pesquisador à proporção em que faz a leitura do material produzido, concomitantemente teoriza, num processo dinâmico de reflexão, articulação e construção de um texto.

3.4.4. O processo de produção dos enunciados

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco porque envolve seres humanos, tendo sido aprovada em 11/03/2016 com o parecer de nº: 1.447.143. O projeto foi enviado à Plataforma Brasil sob o número CAAE: 50793615.2.0000.5206. A fase empírica somente foi iniciada após a aprovação do projeto por parte do referido comitê.

É válido ressaltar que, antes mesmo de iniciar propriamente a pesquisa, a pesquisadora teve contato com o paciente idoso, avaliando as condições emocionais e convidando-o a participar da pesquisa, explicando os objetivos desta e apresentando-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este documento foi lido e assinado pelos sujeitos participantes da pesquisa que decidiram colaborar com o estudo, com fins de preservar o caráter ético.

Ao Comitê de Ética também foram enviadas as cartas de anuência e de aceite. Na primeira, pesquisadora e orientadora se comprometeram e se responsabilizaram com a pesquisa, enquanto que, na segunda, apresentaram o aceite do local em que a pesquisa foi realizada afirmando que disponibilizava os espaços da instituição hospitalar para o desenvolvimento das atividades referentes à pesquisa.

Realizou-se acompanhamento dos casos de pacientes idosos que estavam internados num hospital de grande porte na cidade do Recife, sob os cuidados da equipe de Geriatria e Gerontologia, numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar. A pesquisadora, inicialmente, identificou junto à equipe de saúde, idosos cujo quadro clínico, nível de consciência e orientação lhes permitissem estar em condições de participar da pesquisa. À equipe foram informados os instrumentos da pesquisa e os critérios de inclusão.

A pesquisadora teve o cuidado e a preocupação para que a entrevista transcorresse da forma mais suave possível para o paciente, sem introduzir imediatamente o tema da pesquisa. Buscou-se o momento mais tranquilo, de preferência no qual estavam apenas a pesquisadora e o idoso, pedindo-se licença aos seus familiares bem como aos cuidadores terceirizados que lhes acompanhavam.

O registro no diário de campo ocorreu ao término de cada entrevista. Foram notificadas todas as reações do paciente durante o período da entrevista bem como as sensações experimentadas pela pesquisadora no momento de interação com os idosos. Desta forma, a pesquisadora teve a oportunidade de perceber características peculiares e outros detalhes passíveis de não constarem nas narrativas dos participantes.

Daremos continuidade às discussões, a partir da análise da produção de sentidos atribuídos pelos idosos entrevistados às suas experiências de adoecimento e os modos de subjetivação construídos no decorrer do adoecer. É isto o que se pretende examinar no próximo capítulo.

“Somos uma cultura que postula o prazer fácil, que (mal)diz e renega a dor, como se ela fosse feia, um palavrão...

É quando acolhemos a dor, que é possível humanizá-la. Diria que o artista faz questão de sua dor, e isso o faz produzir mais bonito. Há uma razão de dor inerente ao existir, que é preciso acolher e transformar. Isso nos faz humanos.

A sede de infinito também dói em nós, mas teremos de acolher que não somos deuses”.

Amparo Caridade

4.

ADOECIMENTO NA VELHICE:

DO PRENÚNCIO DA MORTE AO SENTIDO DA VIDA

*“Quem passou pela vida em branca nuvem
E em plácido repouso adormeceu;
Quem não sentiu o frio da desgraça,
Quem passou pela vida e não sofreu,
Foi espectro de homem, não foi homem,
Só passou pela vida – não viveu”.*
(Francisco Otaviano)²⁹

A proposta deste capítulo é analisar a produção de sentidos atribuídos pelos idosos entrevistados às suas experiências de adoecimento grave e incurável, de internação hospitalar e os modos de subjetivação construídos no decorrer deste processo do adoecer. Tal compreensão analítica ocorrerá, em específico, a partir das narrativas dos sujeitos adoecidos, tendo em vista que os enunciados por eles produzidos problematizam apenas recorte da realidade, sem, contudo, a ela se reduzir.

A velhice atravessada por enfermidades graves expõe o constante entrelaço entre vida e morte. O transcurso inexoravelmente progressivo de uma doença crônico-degenerativa mobiliza o idoso a confrontar-se com um paradoxo: por um lado, a ameaça de aniquilamento provoca dor, angústia e sofrimento, enquanto por outro, o impele à tendência de ressignificar sua existência, redimensionando perspectivas na busca de sentido para o viver. Aqui, se esboça o despertar das possibilidades de transcendência, de ir além da realidade de seus próprios limites. O prenúncio da morte pode convocar os sujeitos às constantes revisões da razão do existir.

Somos profundamente tocados e afetados por quaisquer eventos drásticos ou situações extremas que experimentamos ao longo da vida; no entanto, é preciso encarar o grande desafio de sustentar nosso propósito e significação existencial. A inquietude frente ao insondável limite da vida, radicalizada na consciência da própria mortalidade, exige dos sujeitos idosos a assunção de uma posição frente àquilo que os aflige.

²⁹ Otaviano, F. (1825-1889). Jornalista, político, diplomata e poeta. Imortalizou-se ao escrever o poema *Ilusões da Vida*.

O posicionamento ante o adoecer assumido pelos entrevistados, protagonistas deste estudo, suas histórias de vida e seus modos particulares de subjetivar-se é o que passaremos à análise. Antes, porém, no intuito de facilitar a compreensão de suas falas articuladas às suas experiências, estabelece-se na tabela a seguir, a visualização das doenças a que foram acometidos.

Tabela 2. Sujeitos entrevistados x Diagnósticos

Nome fictício	Idade	Doenças
Florinda	89 anos	Hipertensão, Artrite Reumatoide, Depressão e Osteoporose.
Bercy	79 anos	Hipertensão, Diabetes mellitus, Câncer de mama e Neoplasia de reto
Heleno	80 anos	Neoplasia de pâncreas
Vera	71 anos	Esclerodermia
Franco	86 anos	Coronariopatia obstrutiva grave

4.1. Idosos em cena: narrativas sobre o adoecer, o morrer e a morte.

É no bojo da cuidadosa e meticulosa administração do corpo e gestão calculista da vida que a medicina ganha particular destaque. Não há limites das intervenções da ciência médica. O conjunto das numerosas e diversas técnicas assim como as práticas e prescrições simbolizam o universo da ciência e da verdade. Para iniciarmos as reflexões, a título de exemplificação, ilustraremos com fragmento do discurso de um dos idosos entrevistados como o saber médico é tomado enquanto regime de verdade absoluta:

Mal eu comecei a falar, o médico disse: o Sr vai ser internado... Aí vieram os procedimentos, me levaram pro raio-x, identificaram, por exemplo, que meu pulmão tava completamente infiltrado e que minha oxigenação tava reduzida ao mínimo... Eu fiquei quatro dias internado no hospital... Com respiração praticamente artificial, balões de oxigênio. Passei quatro noites durante as quais eu pedia pra morrer tamanho era o meu

sofrimento, era insuportável aquela falta de ar, enquanto isso eles me secavam, eles me davam remédios pra aumentar a minha micção e eu perder o máximo de água do meu organismo porque eles estavam querendo me secar pra ver se o pulmão reagia, até que o pulmão aliviou e aí eles fizeram um cateterismo e descobriram que a minha válvula aórtica tinha... (pausa)... Tava prejudicada, tava calcificada, gravemente calcificada com um diâmetro diminuído de 4 pra menos de 1cm, então aí, depois desse cateterismo foi a briga pela concessão da válvula aórtica que é um material caro, mas era a solução. A minha médica era contrária a uma intervenção cirúrgica por causa da minha idade, da exposição, da agressividade, não é?... Da coisa, do risco que eu ia passar, embora não fumante, embora avesso a álcool e essa coisa toda, a vida moderada, de muita temperança, mas ela temia que eu me submetesse a uma coisa dessa porque o risco era muito grande e começou a lutar pela obtenção dessa válvula... (Franco, 86 anos).

O poder biopolítico do profissional médico pretende-se tão soberano, neste caso, que seu discurso adquire contornos de ordem e determinação. Discurso esse que, uma vez veiculado, tem o caráter de verdade, não podendo ser contestado, distorcido ou mesmo suscetível às interpelações. Aquilo que se espera por parte dos pacientes é tão somente a sujeição, o acatamento e a obediência. Observa-se que Franco se submete de forma passiva aos ditames que lhe são impostos, sem demonstrar qualquer movimento que sugira resistência aos cuidados propostos. A escolha por parte dos moribundos de certos posicionamentos e modos de comportar-se perante o saber médico parece estar relacionada ao benefício supostamente alcançado da recuperação do seu estado de saúde, potencializando, assim, suas próprias vidas. A adoção de determinadas posturas deve ser compatível com uma normatividade convencionalmente estabelecida.

O indivíduo adoecido está impossibilitado de empreender ações de cuidado consigo mesmo, precisando recorrer ao outro, neste caso, o médico, autoridade competente para realizar tal feito. É sobre o que circunda a doença que deve ser dirigida uma ação médica específica. É dessa ajuda alheia aliada ao regime protocolar dos procedimentos efetivados no hospital enquanto instância diagnóstica e do conjunto de elementos discursivos que se esperam os efeitos de produção de sentido. O efeito dessas intervenções sobre o doente é sempre em prol da arte da cura. Os feixes institucionais podem constituir-se enquanto leis, normas, formações discursivas através das quais se objetivam e legitimam valores.

Sob o caráter inexorável da condição de sofrimento representada pelo adoecimento, o espectro das posições subjetivas dos pacientes vai desde as mais

submissas às mais reativas, passando pelo medo, angústia, desolamento e desespero. O sujeito se vê capturado nas amarras da esperança de que a circunstância do adoecer possa ser subsumida no universo dos detalhes e diretrizes científicas (exames, tratamentos, diagnósticos, evoluções clínicas). Sobre a territorialização da doença e as subsequentes estratégias inscritas como práticas assistenciais no interior da realidade hospitalar pode-se tomar como exemplo para análise, trecho da narrativa de outro entrevistado:

Fizeram um exame que eu não sei o nome dele e (pausa)... Foi lá em Maceió e começou a fazer esse exame aí... Todo tipo de exame eu já fiz aqui, todo... Não tem um que eu não fiz... Aí surgiu... O doutor disse vamos fazer uma biópsia aqui né?... Vamos tirar um pedaço aí e tal... Por sinal essa biópsia não chegou ainda... Pronto, dessa biópsia comecei a fazer exame de... Vários e vários exames aqui... Eu já fiz tomografia de todo tipo aqui, exame de sangue é direto... (Helena, 80 anos).

Na fala desse idoso evidencia-se que o exercício da biopolítica no discurso médico resulta como alvo, o compromisso com o corpo-máquina. Para o bom funcionamento da engrenagem, entra em cena uma série de exames e biópsia, ou seja, a tecnologização dos procedimentos. A medicina, por sua vez é exercida por meio de um apelo à normalização, exigindo dos sujeitos adoecidos que se alienem de suas próprias escolhas e, por conseguinte, o apagamento progressivo de motivações e outros aspectos do âmbito estritamente particular e político. Os desejos dos pacientes são muitas vezes sacrificados em função de uma suposta promessa de prevenção, promoção e restabelecimento da saúde.

A incidência dos discursos médicos, cujos apelos são objetivados em razão de classificação diagnóstica das doenças, prognóstico baseado em estatísticas e dados, além dos rígidos protocolos, pode ser apreendida a partir da posição que o paciente ocupa frente à situação de adoecimento e internação hospitalar. Apreciemos a seguinte narrativa de uma das entrevistadas:

(...) através dos exames descobriram que eu estava com pancreatite porque eu tava fazendo um medicamento anti... Que baixa a imunidade - Imuran que tem a função de baixar a imunidade pra tratar essa minha doença de base, a esclerodermia e ele produziu essa pancreatite (Vera, 71 anos).

O percurso do adoecimento conjugado à experiência de internamento dessa idosa foi marcado pela angústia do saber sobre o qual não se quer saber. Para clarear tal assertiva, sustenta-se que o saber fabricado pela indústria farmacêutica, isto é, a medicação, supostamente seria uma via de garantia para o sucesso do tratamento. Por essa vertente, tinha-se a expectativa de que produzisse o efeito esperado na estabilização dos sintomas de sua doença de base, a esclerodermia. No entanto, o tratamento medicamentoso administrado além de não apresentar eficácia no sentido de lhe trazer melhoras clínicas evitando que a devastadora enfermidade progredisse, também produziu como efeito colateral uma complicação clínica, a pancreatite. Vivenciou esse processo com intenso sofrimento e sensação de desesperança.

O modelo de atenção à saúde vigente na contemporaneidade é aquele centrado na figura do médico, como expoente e detentor de todo o conhecimento, tendo a doença como foco das intervenções, no consumo de procedimentos de alta tecnologia e no uso excessivo de medicamentos. Eis que entra em cena mais uma vez, no caso desta idosa diagnosticada com esclerodermia, o modelo hegemônico no qual o saber-poder médico representado na figura do soberano tem a pretensão de tomar decisões sobre novos rumos de seu tratamento, determinando ações que serão sobre ela realizadas:

Então, três pessoas indicaram esse mesmo médico que é o super, supra do hospital Sírio Libanês... Bom, a gente foi pra ele, aí ele vai e olha os exames todos, pede a história toda e disse assim: eu vou pedir uns exames mais pra você fazer de trânsito intestinal, tem que tomar o contraste, ficar batendo diversas radiografias o dia todinho até quatro horas da tarde fazendo essa radiografia e um também de capacidade pulmonar. Então veja, dois... Um gastro e um de lá de São Paulo com o mesmo diagnóstico... Passou esse medicamento e disse pronto: vocês podem voltar pra Recife e aí me dê notícia, só que aí a gente disse: não, a gente não vai voltar não, vai passar uns sete dias aqui pra gente ver como essa medicação vai se comportar no início, algum efeito colateral, alguma coisa porque o outro já tinha dado né?... (Vera, 71 anos).

Essa paciente vivencia uma situação de extrema angústia no decurso do processo de adoecimento. Em sua abordagem assistencial, já tinha sido submetida a tratamentos medicamentosos ineficazes para conter o avanço da doença e, além disso, os remédios produziram outras comorbidades clínicas que lhe levaram ao internamento hospitalar. Não se sentindo segura, recorreu à opinião de vários especialistas para estabelecer um diagnóstico preciso e definir as medicações de escolha. Isso provocava importantes

tensionamentos entre as diversas vozes dos diferentes profissionais que lhe falavam. É a própria vida tomada como arena, como campo de batalha de uma disputa política, na qual as articulações entre saber, poder e modos de subjetivação tornam-se extremamente relevantes. Todas as decisões médicas afetavam o curso de sua vida. Na biopolítica contemporânea, soberano é aquele que decide sobre a vida, que conduz e monitora o sujeito.

Na atualidade, a Medicina ocupa lugar privilegiado, podendo ser considerada uma técnica política de intervenção e que produz efeitos de poder próprios. Essa disciplina é capaz de produzir, ao mesmo tempo, efeitos disciplinares e regulamentadores. O poder médico parece tomar, hoje, dimensões exorbitantes imbuídas numa íntima relação com os interesses do capitalismo. Essas são as contingências de uma nova era que atende à racionalidade política, a científica e a econômica. Interessante salientar que o exercício da medicina não está sujeito ao exame crítico de outras disciplinas.

Destaca-se, porém, que estamos longe de apostar que tenhamos empreendido uma discussão que pudesse dar conta de toda a complexidade desse jogo biopolítico, mas apenas tentou-se mostrar um caminho. Indicamos alguns elementos para compreensão dessa outra face do biopoder, que se ocupa da vida, mas também opera sobre a morte, na sociedade contemporânea. É precisamente em torno do viver, do morrer e da morte que se delimitam ações políticas para conduzir os sujeitos de maneira particular e toda a população.

4.1.1. A comunicação das más notícias

Faz-se oportuno lembrar o papel de relevância da comunicação das más notícias na relação entre médico/paciente idoso, pois o que se diz e o modo como é dito no momento da revelação de um diagnóstico e prognóstico ruins, pode soar como condenação ou até mesmo uma sentença de morte instituída pelo profissional de saúde que o assiste. Nesse sentido, são fundamentais habilidade e competência médica para que essas notícias sejam comunicadas mantendo-se o equilíbrio entre a empatia, a sensibilidade e a compaixão pelo outro. Em decorrência, isso pode trazer resultados positivos tanto em relação à eficácia na terapêutica empregada, quanto na adesão ao tratamento proposto. A título de exemplificação, ilustra-se com fragmento do discurso

de uma das idosas entrevistadas sobre como se sente e reage à descoberta do diagnóstico clínico:

Foi muito ruim, foi muito triste. Na hora eu não me apercebi muito, não liguei muito quando ela me disse que eu estava com essa doença... Na hora eu não me apercebi da gravidade dessa doença e então, quando fui percebendo não foi muito fácil. Mas, as coisas foram caminhando e a gente foi tentando tratamento e é isso aí, né?... Tem que aceitar as coisas porque não pode fazer o contrário. Eu queria mesmo não estar doente, mas apareceu (sorri) tem que aceitar. Lutar contra a doença e aceitar ela porque não tem outra solução, né?... Olhe estar com esse diagnóstico não foi nada legal, né? Muito ruim... Procuro me conformar toda dia e dizer: meu Deus! Me dá a coragem de aceitar isso. Não é fácil de se aceitar uma doença que é quase como um câncer, né?... (Vera, 71 anos).

Como se pode observar, nesta circunstância específica da idosa descobrir-se portadora de uma doença crônica e autoimune, a esclerodermia, que não tem perspectivas curativas deflagra, em princípio, uma reação de consternação, choque e incredulidade. Num primeiro momento, parece não “ter caído a ficha”, fica atormentada não acredita na dura realidade que se apresenta e tenta negar sua condição de doente. Nessa fase de negação, submergiu profundo sentimento de tristeza, desânimo, angústia e impotência. A suscetibilidade foi aos poucos sendo substituída por um movimento de elaboração do luto da perda da saúde com a conseqüente aceitação do quadro clínico por ela vivenciado. Daí muda sua forma de posicionar-se e reage. Não experimenta mais o desespero nem nega seu problema, mas passa a enfrentar com coragem o tratamento médico sugerido.

... Na hora eu não sabia que era um negócio tão complicado e tão cheio de... nuances e que a minha ia ser logo essa raríssima que só tem... Ela é rara, esclerodermia e atacando o intestino é só 20% das esclerodermias que ataca o intestino, então, eu estou nesse quadro aí. Agora eu não sei... Entrego a Deus aí as coisas que aconteça da melhor maneira possível e que eu ainda tenha alguns anos controlada ainda, quem sabe? (Vera, 71 anos).

Outro aspecto importante observado em seu discurso foi o apego à religiosidade como um dado marcante para se sustentar no difícil, sofrido e desalentador momento pelo qual está atravessando. Acredita num poder transcendental que sobrevém diante da situação de desamparo. A fé, a espiritualidade, as religiões, mitos e crenças são recursos

dos quais nos valem na travessia de eventos traumáticos ou ocorrências de perigo absoluto. No decurso do processo de adoecimento, eis que também entram em cena o pessimismo e o negativismo quando diz: “*Não vejo melhora, só vejo pra trás entendeu como é? Faz uma droga não dá certo, faz outra e não dá certo, essa eu tinha a maior esperança...*”. Esse estado emocional negativista e pessimista veio à tona face à decepção e ao desapontamento diante do não êxito terapêutico do tratamento medicamentoso prescrito. A doença tem não só o poder de expor a fragilidade e a vulnerabilidade do corpo, como também traz em seu bojo, a possibilidade iminente da finitude.

É triste, não é bom não. Eu me acho tão forte ainda e jovem ainda pra morrer, entendeu? Não sei, eu penso que não vou morrer... Eu penso que não vou morrer agora não... Mas, mesmo assim, pra já encarar uma doença que não tem cura... Porque eu sei que essa doença não tem cura, ela é uma doença autoimune, ela pode ter controle, mas não tem cura. Isso aí eu estou sabendo desde que eu soube que estava com essa doença (Vera, 71 anos).

Ao sentir-se amedrontada de perder a vida, a tensão do limite ameaçador impõe-se sob a forma de forte impacto emocional frente a esta realidade assustadora desencadeando nesta paciente uma mudança no enfrentamento do adoecer que vai da frustração e do medo da morte à luta e à perseverança. Quando efetivamente afrontada com a espinhosa situação de incurabilidade, isso ensejava capacidade sublimatória com demonstração de força, ânimo e, sobretudo, de esperança para submeter-se ao tratamento médico não no sentido de reversibilidade da doença, mas de controle dos sintomas e das intercorrências clínicas visando à busca de melhor qualidade de vida.

Encontram-se, aqui, ressonâncias com o pensamento de Zeferino Rocha³⁰ (2007), que, numa linguagem poética, nos propõe a seguinte reflexão sobre a esperança: “(...) é o que, em última análise, anima e impele a nossa alma peregrina, que constantemente nos faz ir adiante, impulsionando o nosso ser a caminhar pela simples alegria de caminhar e desbravar horizontes” (p. 260).

Partindo dessa perspectiva, o encontro com o inesperado, ou seja, o inusitado surgimento da doença enquanto dimensão trágica do existir ensejava a abertura do

³⁰ Rocha, Z. Esperança não é esperar, é caminhar: reflexões filosóficas sobre a esperança e suas ressonâncias na teoria e clínica psicanalíticas. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, X, 2, 255-273.

espaço para o tempo da esperança que não pode fenecer. Não se pode desanimar diante das dificuldades e durezas da vida. É fundamental, apesar das intempéries, dar continuidade à jornada; desbravando novos caminhos e possibilidades, fazendo investimentos outros e - o mais importante - mantendo acesa a chama da esperança, a qual não olvidemos apagar.

Esperança, portanto, não é só caminhar (...), mas é caminhar na escuridão da noite, mesmo quando não se está em condição de poder contar com a luz de uma estrela-guia. É caminhar no escuro, vale dizer, é caminhar sem a proteção das estradas, quando caminhamos em plena luz do dia, orientados pela bússola da razão. Neste contexto, poderíamos descrever a esperança como a “paixão do possível” (...) (Rocha, 2007, p. 261).

É preciso determinação e atitude corajosa para superar as dores e perseverar frente às adversidades. Embora estejamos desafortunados pela experiência do sofrimento e profundezas da perplexidade, sempre haverá espaço para o constante fluxo do vir a ser, na esperança de tempos continuamente renovados.

Destarte, constituir-se-á também como objeto de análise os desafios do cuidado em torno do morrer e da morte, as estratégias de governança e as complexas tramas de saber/poder estabelecidas entre os agentes de cuidado (profissionais de saúde e familiares) e os pacientes idosos desde o cenário hospitalar à vida cotidiana.

4.2. O processo de hospitalização e as práticas de cuidado

Em virtude do surgimento dos sintomas e das intercorrências clínicas com o agravamento da doença, os idosos entrevistados precisaram ser internados e, já nesse momento, tinha início o gerenciamento de seus corpos, de suas vidas por meio das condutas médicas prescritivas e de todos os procedimentos em saúde adotados. Assim, no tocante à vivência da situação de hospitalização e das subsequentes práticas de cuidado às quais foram submetidos, os participantes desta pesquisa apresentaram os seguintes relatos pessoais:

É... Porque eu estou nessa idade com 80 anos... Nunca fui interno... A primeira vez na minha vida é essa. Eu sempre disse: olhe no dia que eu ficar doente é logo pra... (pausa/silêncio). Eu não me dou em hospital... Ah! Eu vim aqui pra fazer um exame de... Uma dorzinha que tinha aqui, né?... Essa dor... Senti... Vim fazer os exames (pausa)... Eu não tinha feito a cirurgia... Porque eu fiz uma cirurgia, né?... Sem motivo aí

começou essa contenção urinária, né? Botaram uma sonda, aí tudo bem... Fui lá pra o urologista, ele tirou, mas,... Não consegui me desligar, né? Aí ele disse: tem que operar... (Helena, 80 anos).

O trecho da fala de Helena ilustra sua inquietação e desassossego pelo fato de ter passado somente aos 80 anos, pela primeira vez, a experiência de internação hospitalar. Internou-se porque estava sentindo muitas dores em região do abdome e necessitou fazer uma série de exames com fins de investigação diagnóstica, como também se submeteu a procedimento cirúrgico para realização de biópsia. Sempre foi muito ativo, produtivo e vigoroso, mas a dor física intensa o apavorava. A dimensão e a intensidade dessa dor ressoavam em dores outras carregadas de sofrimento arrebatador.

No âmago do seu processo de adoecimento, submergiu o medo diante da possibilidade da morte. Esse doer embora inquietante e angustiante era não medicável e inominável, tal como podemos observar em seu discurso quando faz a pausa e fica em silêncio por alguns instantes. A vida enquanto contingência é marcada pela alternância entre o doer e o viver.

Quando eu cheguei aqui (no hospital) eu não sabia nem onde estava, não sabia nem onde estava... Quando me tiraram lá para botar lá na maca... Olhe isso aqui, eu pegada com esse pescoço (faz o gesto com as mãos segurando o pescoço) Esse pescoço doía tanto minha filha que eu não sabia nem o que fazer e fui dormir boazinha... Para a gente morrer é muito fácil viu, mas graças a Deus... (Florinda, 89 anos).

A participante Florinda, no momento em que foi internada, referiu-se a episódio de desorientação espacial, sintoma bastante comum em idosos com quadros infecciosos ou que apresentam alterações cognitivas. Diz respeito à falta de capacidade do paciente de conseguir orientar-se e localizar-se no espaço, neste caso específico, no hospital. Na circunstância da hospitalização, apresentava queixas de dores agudas nas articulações e em todo o corpo; febre e prostração no leito. Relata que se sentia muito bem, assintomática e, abruptamente, adoeceu. Na travessia da experiência dolorosa, sentiu-se ameaçada pelo perigo do morrer iminente. Isso expunha quão frágil e delicada é a vida humana que, analogamente a um fio de seda, pode, a qualquer instante, romper-se e desfiar, daí sua expressão: “*para morrer é muito fácil*”.

Na velhice, no ocaso do acometimento de uma patologia grave e crônica, o sujeito precisa reunir todos os fragmentos do emaranhado de fios destruídos no tecido

da vida. Se para morrer é fácil, na contraface, difícil mesmo seja viver. É uma tarefa árdua e complexa que exige dispêndio de esforço e muita coragem para enfrentar não somente as delícias e os tentadores sabores que a vida nos reserva, assim como os desprazerosos e inquietantes dissabores. Eis os elementos contrastados constituintes da experiência humana.

...Eu comecei a me sentir extremamente cansado... Aí me entendi com o geriatra do hospital e ele me indicou que eu devia realmente ter cuidado com isso, prestar atenção a essas expressões de cansaço... Esses sintomas assim de exaustão que aquilo não podia ser boa coisa... Porque eu estou me sentindo estranhamente fraco, bastante doente, eu não sei o que é que eu tenho, mas eu estou muito doente... Eu tinha uma tontura frequentíssima, terrível, eu não podia abaixar a cabeça. O ambiente em torno de mim rodava como se fosse um carrossel e muitas vezes eu me amparava em móveis, em paredes pra não cair, eu não avaliava o que fosse aquilo... Acordei com a terrível falta de ar, eu não conseguia respirar, aquilo era um sofrimento insuportável pra mim, não há nada mais martirizante do que falta de ar e eu agora infelizmente sei disso por experiência própria. Aí, eu não acordei minha mulher, vesti o que a minha mão pôde alcançar e desci do nono andar onde a gente tá morando e chamei um uber e toquei pra o hospital... Mal eu comecei a falar, o médico disse: o Sr vai ser internado... Aí vieram os procedimentos, me levaram pro raio-x, identificaram, por exemplo, que meu pulmão tava completamente infiltrado e que minha oxigenação tava reduzida ao mínimo... Eu fiquei quatro dias internado no hospital... (Franco, 86 anos).

Em seu discurso, Franco nos apresenta a gama dos sintomas incapacitantes secundários ao agravamento de sua doença coronária obstrutiva. Tinha histórico de infarto agudo do miocárdio com passado de intervenções cirúrgicas (cateterismo e stents). Em casa, sentiu-se extremamente cansado, sensação de mal-estar, fraqueza, tontura e falta de ar, tendo seu geriatra lhe recomendado encaminhar-se à emergência hospitalar. De imediato, urgia a vital necessidade de internamento para realizar alguns exames e outros procedimentos médicos no intuito de se obter um diagnóstico, dando início ao acompanhamento clínico e tratamento medicamentoso.

O adoecer foi por ele sentido como um abalo à sua condição de ser autônomo e independente. Os sintomas se instalaram de uma maneira abrupta não lhe permitindo uma adaptação gradativa à facticidade. Ao hospitalizar-se, afastava-se do seu convívio familiar, da sua residência, de seu trabalho e, principalmente, privava-o de sua liberdade. Ante a situação traumática de adoecimento e internação se sobrepuja o

sofrimento e as tormentas das incertezas dada a tensão dos limites ameaçadores da vida que passaram a impor-se a este idoso com esmagadora força. Entretanto, à enfermidade não se resignou, tampouco ficou paralisado, mas sim, preferia encarar a vida enquanto arcabouço para novos investimentos e projetos, potencializando-a.

Eu estava com febre, tive uma infecção e, provavelmente... Eu tenho uma doença de base que é a esclerodermia e tive uma infecção. Essa febre me levou a procurar o hospital e de lá eles pediram uns exames e me mandaram pra cá, me internar pra começar o antibiótico, aí através dos exames descobriram que eu estava com pancreatite (Vera, 71 anos).

A entrevistada Vera necessitou internar-se porque estava apresentando febre e infecção. Fora diagnosticada de esclerodermia sistêmica, doença autoimune e, em decorrência, abriu quadro de pancreatite medicamentosa. Submeteu-se aos exames e à terapêutica com antibiótico. Hospitalizada, sentiu um forte impacto emocional e abalo pertinentes à condição de fragilização da saúde e suscetibilidade de seu organismo às medicações administradas, o que lhe acarretava insegurança e tamanha ansiedade. Fazia ressonâncias com suas próprias angústias, o viver atravessado pelo adoecer, o morrer e a morte como processos indissociáveis.

À luz desses depoimentos, poder-se-ia dizer que o risco e a incidência de internações hospitalares é acentuadamente mais alta entre idosos acometidos por doenças crônicas, sendo o surgimento dos sintomas, as complicações clínicas e o desenvolvimento de comorbidades, os fatores determinantes. O aspecto da cronicidade associado à ausência da perspectiva de cura sinaliza o processo de ruptura na vida desses pacientes, levando-os a fazer negociações, a desenvolver estratégias e ações para lidar com o gerenciamento da sua condição de adoecimento, com os impactos físicos, psíquicos e emocionais causados, as perdas vivenciadas, além das subsequentes mudanças nos seus modos de viver e de ser sujeito.

Pode-se delimitar o hospital enquanto instituição marcada pelo embate constante entre a vida e a mortalidade. Os pacientes internados submetidos às condutas terapêuticas convivem com sentimentos ambíguos e contraditórios que se misturam, podendo ir desde a esperança da melhora clínica, a tentativa de minimizar a dor e o sofrimento ou até a crença na cura da doença ao incômodo e angustiante medo da morte sempre alerta e presente.

O hospital com rotinas marcadas pela mecanização passa a constituir-se num observatório político que funciona como um território vigiado, onde todos trabalham de acordo com critérios, normas e seguem determinados padrões anteriormente estabelecidos. Trata-se de um aparelho que permite a difusão dos saberes, do conhecimento; demanda o controle frequente dos pacientes internados para os quais é imposta uma rígida rotina por vezes considerada invasiva e até abusiva, tudo isso, sob o gerenciar tanto dos médicos, equipe de enfermagem como dos demais profissionais de saúde.

A relação hierarquizada induz todos os envolvidos na cena hospitalar a se sentirem sempre vigiados e controlados, principalmente os pacientes que padecem de dor e sofrimento, algo que transcende até mesmo a patologia que os acomete. A partir de então, pode-se analisar a instituição hospitalar como um espaço no qual o poder disciplinar produz saber. Este poder conquista um lugar privilegiado nos discursos e nas ações dos especialistas, sendo, portanto, um importante dispositivo que permeia as relações entre todos integrantes da instituição de saúde, numa escala hierárquica.

4.3. O poder e seus desdobramentos

Foi precisamente pesquisando a formação histórica de instituições (prisões, hospitais, escolas, fábricas) que Foucault analisou e tentou descrever o preponderante papel do poder. Pontuou que o poder penetra na vida cotidiana, mas não se fixa, nenhum sujeito o detém, pois está nas relações, o que denominou de “microfísica” do poder e, continua advertindo “o poder não é substancialmente identificado com um indivíduo que o possuiria ou que o exerceria; ele torna-se uma maquinaria de que ninguém é titular” (Foucault, 1985, p. 219). O poder se organiza, pois, como uma máquina funcionando com engrenagem complexa.

Para darmos continuidade às reflexões sobre o poder, antes é preciso lembrar ser indissociável a análise política e suas relações, haja vista que o poder incide nas mais diversas esferas sociais, para citar algumas: Estado, igreja, família, trabalho; configurando-as, por isso é que estamos falando em relações de poder; “dispomos da afirmação que o poder não se dá, não se troca nem se retoma, mas se exerce, só existe em ação” (Foucault, 1985, p. 175).

Ao referirmo-nos aos conceitos de disciplina, vigilância, poder e seus desdobramentos, isso nos remete fundamentalmente às problematizações foucaultianas. É importante salientar que, pela ótica do filósofo, as relações de poder não se constituem somente com conotação negativa, no sentido de dominação/dominado, mas também como algo bastante produtivo. Foucault discorre acerca desta problemática dizendo que se deve:

(...) deixar de descrever sempre os efeitos de poder em termos negativos: ele ‘exclui’, ‘reprime’, ‘recalca’, ‘censura’, ‘abstrai’, ‘mascara’, ‘esconde’. Na verdade o poder produz; ele produz realidade, produz campos de objetos e rituais da verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam nessa produção (Foucault, 1985, p. 172).

Neste panorama, verifica-se que o poder é dominação e também produção. O poder não é algo palpável, nem localizável num lugar específico, como também não existem sujeitos específicos detentores de poder. É muito comum o poder estar associado à dominação, ou seja, aqueles que o possuem dominam os outros indivíduos, que, por sua vez, estariam destituídos de qualquer forma de poder. Vale ressaltar que nem toda relação de poder envolve dominação.

Sabe-se que não existe discurso sem poder. Os discursos circulantes tanto revelam como também omitem, escondem assuntos proibidos que não possam ser falados, delimitando-se, assim, aquilo que se pode ou não dizer, em quais circunstâncias é ou não possível enunciar e para quem se pode ou não falar. O campo discursivo é o lugar da tensão onde se jogam o poder e o desejo. Quanto aos jogos do saber/poder, o discurso médico, por exemplo, pode ser o de revelar o diagnóstico, as implicações da doença e possíveis complicações clínicas decorrentes do tratamento, bem como o de omitir para o paciente, importantes informações a esse respeito. Na tentativa de elucidar tais assertivas tornando-as mais claras, observe-se a fala de uma idosa:

Olhe, eu já me operei de várias coisas, em vários hospitais do Brasil, mas, a primeira vez que eu estou internada meio confusa, porque eu não sei exatamente o que é que eu tenho... Eu só sei que eu estou doente, agora exatamente de que?... Se é melhor pegar logo e colocar sangue dentro de mim ou se é melhor a gente... É porque elas deliram muito (refere-se às médicas geriatras)... Eu digo que elas deliram porque elas chegam aqui com a notícia... Daqui a meia hora vem outra... Se ela não sabe como é que eu vou saber?(Bercy, 79 anos).

Quando instigada pela pesquisadora para falar a respeito do que os médicos lhe dizem sobre seu atual estado de saúde, responde: “*É isso que eu digo... Tá faltando dizer*”. A partir daí, questiono se desconhece seu diagnóstico e tratamento ao qual se submete, tendo ela afirmado enfática e categoricamente: *100%... Eu queria saber 100%... (Bercy, 79 anos)*. Ao término da entrevista constatei, por meio do seu prontuário eletrônico, os seus problemas clínicos: hipertensão; diabetes mellitus (tipo 2); câncer de mama em tratamento conservador e não mais para intervenções cirúrgicas; neoplasia de reto (fez radioterapia há 10 anos); anemia prévia; insuficiência renal crônica; dependência funcional e elevado risco de quedas.

No Diário de Campo, fiz os seguintes registros: *não apresentou queixas em relação à equipe de enfermagem e técnicos que lhe presta assistência e cuidados diários. Em contrapartida, demonstrou estar chateada com os médicos pelo fato de não lhe informarem com clareza sobre seu diagnóstico e perspectivas terapêuticas de tratamento. Estava confusa e sem entender o motivo pelo qual permanecia internada, bem como desconhecia a necessidade de realizar exames e determinados procedimentos que lhe eram propostos, no entanto, acatava-os sem fazer reclamações ou oposição. Da tumoração duodenal decorre o atual quadro grave de anemia, daí a necessidade de reposição sanguínea. Todavia, parece-me que, em razão de desconhecer essa etiologia clínica, não conseguia compreender o motivo de fazer com frequência, transfusão de sangue, que a deixava bastante intrigada.*

O fato de estar extremamente queixosa em relação à equipe médica, dizendo inclusive que “*elas deliram*” (as geriatras) porque sempre lhe trazem informações novas e contrastantes, parece relacionar-se à possibilidade de não ter tido, suficientemente, os devidos esclarecimentos e elucidações necessárias quanto à sua atual condição de saúde e complicações sintomáticas, refletindo, pois, na sua angústia e inquietude frente ao desconhecido, às incertezas, ao indecifrável.

A não revelação diagnóstica, o desconhecimento de um provável prognóstico e a desinformação quanto às explicações relativas às indicações terapêuticas as quais está se submetendo estariam impedindo esta paciente de construir um saber sobre sua doença e atribuir um significado ao seu próprio processo de adoecimento. Dessa forma, o paciente idoso não tem a possibilidade de participar do seu tratamento, sequer tomar

importantes decisões sobre sua própria vida pautadas num dos fundamentais princípios da ética que é o da autonomia.

O dilema de revelar ou não o diagnóstico para pacientes idosos oncológicos, de fato, além de não ser uma tarefa fácil, ainda levanta uma série de questionamentos éticos que exigem por parte dos profissionais de saúde, a tomada de decisões. Em muitos casos, não dizer a verdade tem como objetivo preservá-lo dos impactos e da grande ansiedade. O compromisso médico de comunicar as “más notícias” não pode ser negado aos pacientes e suas famílias. O importante é escolher uma maneira viável que possa causar menor impacto e dano possíveis. Ainda sobre essa temática do poder médico da não revelação, apresento o relato de outro idoso entrevistado:

Eu fiquei internado porque tive a necessidade de fazer o exame né? Pra saber o motivo dessa dor que eu tinha aqui (aponta para a barriga)... Até aqui eu não sei o motivo... Essa biópsia foi não sei pra onde... Por sinal eu vou até fazer outro exame... O que eu espero foi o que eu disse a você... Um resultado. Qualquer tipo de resultado porque eu já estou conformado, se tiver um resultado positivo, mas se der negativo aí... Se der positivo, a gente cuida, né? Tem que cuidar... Se der negativo, tudo em ordem. Estou esperando aqui terminar o resultado pra ver o que é que passa... Ninguém sabe qual é o motivo, aí eu estou esperando pra ver se... Agora se for... Se Deus quiser eu vou ter que tratar, né? (Helena, 80 anos).

Em seu prontuário eletrônico constava que o paciente fora internado com quadro de dor abdominal, inapetência e perda de peso havia cerca de dois meses para investigação. Referia dor localizada em mesogastro³¹, com pontadas de moderada intensidade sem irradiações, que aumentaram em frequência e intensidade progressiva. Concomitantemente cursou com constipação e perda de apetite relacionada ao medo de desencadear dor abdominal; perdeu cerca de 7 kg em três meses. Paralelamente, tinha queixas de jato urinário fraco, esforço miccional. Nega antecedentes de etilismo, tabagismo e história familiar de neoplasia ou cirurgias abdominais prévias.

Dos exames clínicos, averiguou-se presença de lesão expansiva heterogênea localizada na raiz do mesentério. No diagnóstico diferencial, considerar neoplasia primária de mesentério. Realizou uma biópsia cujo resultado foi parcial de neoplasia

³¹ Mesogastro ou região umbilical é uma das nove divisões da anatomia de superfície da parede abdominal. Localiza-se na região central do abdome, onde está o umbigo e ao redor dele. O principal órgão que se encontra sob esta região é o intestino delgado.

maligna indiferenciada com necrose. Até o momento da entrevista, ainda não se tinha etiologia definida da lesão tumoral após discussão com oncologia clínica.

No Diário de Campo, fiz as seguintes anotações: *ao acessar o prontuário eletrônico, observo que, pelos registros clínicos (evolução médica, resultados dos exames e plano terapêutico) já se tinha um diagnóstico definido, entretanto, pelo discurso do paciente, evidenciava-se que seu caso ainda estaria em fase de rastreamento clínico, detecção e processo investigativo. A família está consciente do diagnóstico, embora tenha optado por ainda não revelar o atual problema de saúde do paciente que, inclusive, está muito esperançoso de alta hospitalar. Queixou-se de nunca ter ficado tanto tempo em regime de internação, mas concordava com esta necessidade.*

Nas narrativas expostas acima, elaboradas por esses pacientes idosos, Bercy e Heleno, observa-se que ambos convivem com muitas interrogações e dúvidas, gerando uma linguagem potencial de sofrimento. Em suas experiências de adoecimento vividas, dentre tantos questionamentos e abafados pela dor inominável, assentava-se a angústia. Durante o período de internação hospitalar tinham suas vidas tomadas como objeto de governo.

É no emaranhado da doença a ser decodificada pelo saber médico que os pacientes idosos se encontram capturados pelas malhas da parafernália de artefatos hospitalares que interpelam, convocam, regulam, subjetivam e governam. O corpo é o lugar de inscrição dos acontecimentos, dos discursos.

Nesse âmbito, sob outra perspectiva, o não deixar-se ser governado seria a contrapartida das artes de governar; a maneira de limitar, de recusar, de transformar a realidade que lhe está sendo apresentada. Trata-se de uma atitude moral, política e, sobretudo, crítica. Crítica essa que se expressa na decisão de não acatar regulamentos impostos e não aceitar tudo como “verdades absolutas” e inquestionáveis. Põem-se em xeque os excessos de poder, pelos quais a governamentalização se faz conduzir e se opera.

O poder é uma relação de forças dispersas em toda a sociedade; este entendimento nos coloca na condição de sermos todos sujeitos e objetos de exercício do poder. O filósofo francês nos fala das relações de poder como constitutivas e que perpassam a vida social; concebe, pois, os sujeitos como transmissores: “nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; são sempre centros de transmissão” (Foucault, 1985, p. 183).

Entendendo-se, aqui, o poder como uma ação sobre outras ações. Ação esta que tenta governar as ações alheias. Isso implica equilíbrio entre as técnicas de regulação e controle (que vem do exterior) e as técnicas de si (operadas pelo próprio sujeito sobre si mesmo). Para Foucault (1987), “a renúncia ao poder é uma das condições para que se possa tornar-se sábio” (p.27).

Como ilustração desta renúncia ao poder, explana-se recorte da entrevista de uma das idosas participantes, que também é médica, quando resiste e se recusa a aceitar os ditames médicos prescritivos e as formas terapêuticas de tratamento impostas, fazendo-a por conta própria procurar alternativas outras: consulta vários especialistas que tinham diferentes opiniões em relação ao prognóstico da doença, à terapêutica empregada quanto ao uso de medicações, denotando, assim, seu livre arbítrio e seu particular modo de agir e existir ante o adoecer:

Deu muita coisa errada nessa doença, sabe?... O primeiro reumatologista que eu procurei, ele fez uma medicação que não era pra esta doença. Mas eu não tomei a medicação..., médico é desconfiado né? Fui ouvir outro colega, aí o outro colega disse: olhe, essa sua doença... Foi bem claro comigo: sua doença é rara, ninguém conhece nada dela aqui não. A única pessoa que sabe alguma coisa aqui é Dra fulana de tal (sorri)... e me mandou pra essa Dra., então é professora da universidade e tal... E aí, eu fui pra ela e ela começou um tratamento com metotrexato e fez um ciclo de metotrexato e me mandou pra um gastro. O gastro pediu muitos exames, ela também me pediu uma série de exames e, sim! Quando eu chego lá nessa professora, ela olhou o medicamento que a primeira reumatologista ia fazer e disse: esse medicamento não é pra isso não. Esse medicamento é pra artrite reumatoide, não é pra esclerodermia. Aí eu e minha irmã que também é médica ficamos muito preocupadas... Mas aí essa professora disse: não, a medicação não é essa, aí nós resolvemos não voltar mais para essa primeira e eu fiquei com a professora, só que ela fez o ciclo de metotrexato, a maioria das pessoas que toma metotrexato não acontece nada, mas eu tive um sangramento intestinal, aí tive que parar essa medicação... Voltamos à professora, quando chegou lá, ela disse olhe: eu vou levar o seu caso para o hospital das clínicas para que ele seja discutido com os professores lá. Aí nós fomos. Quando chegou lá, eu senti... Nós sentimos uma certa insegurança mesmo dessa professora. Que ela chegou e levou para uma outra doutora lá também do hospital das clínicas que é professora da cadeira de reumatologia... Eu perguntei assim: Doutora, quantos casos a sra já tratou de esclerodermia e com essa droga, imunohemoglobulina, aí ela disse assim: olhe, eu estou tratando um paciente agora, aí eu fiquei insegura (sorri) de fazer um tratamento desse sem saber de efeitos

colaterais, de nada porque também não havia uma experiência dessa droga na minha doença. Aí minha irmã já queria me levar pra São Paulo há muito tempo... Eu disse não, vou primeiro esgotar tudo aqui... Pronto, agora chegou o momento, aí nós compramos passagem, marcamos consulta para o médico lá que é especialista nessa parte de doenças autoimunes... (Vera, 71 anos).

Uma questão fundamental que se impõe para análise deste caso em particular, diz respeito à formação profissional em Medicina tanto da idosa entrevistada quanto de sua irmã, principal cuidadora que sempre a acompanha em todo o percurso. Ambas detêm conhecimento técnico-científico, farmacológico e terapêutico, tendo, portanto, discernimento, capacidade de subsidiar decisões, podendo até opinar ou mesmo recusar determinadas condutas prescritivas de outros colegas médicos.

Todavia, esta participante idosa, ao receber o diagnóstico de doença incurável, sofre um duro golpe que a deixa extremamente abalada. Ao defrontar-se com os limites da desafiadora realidade que se impõe, instala-se um período de intensa turbulência e muito sofrimento, além da angústia diante da possibilidade da morte. Frente ao adoecimento se entremeiam suas próprias percepções enquanto médica e, concomitantemente, está na posição de paciente que necessita do cuidado de especialistas.

Instaura-se a seguinte situação: o próprio médico que sucumbiu a uma doença, agora se vê numa penosa situação de ser ele mesmo também paciente, devendo submeter-se aos ditames em relação à sua saúde. Assim, essa entrevistada passa a adotar um determinado estilo de ajustamento a esta nova condição de sujeito adoecido: desaprova a condução do tratamento instituído; questiona/receia algumas prescrições medicamentosas; preocupa-se com os efeitos colaterais dos remédios e suas possíveis implicações clínicas.

O discurso dessa idosa corrobora que é possível resistir à sujeição, criando uma forma de governar a própria vida, de ter uma atitude ética ativa de transformação frente aos discursos médicos de controle, gerenciamento de corpos, regulação de práticas disciplinares e estratégias medicalizantes. Por movimento próprio, consulta vários especialistas, denotando, assim, uma prática inventiva, autônoma e singular em vez de submetimento. Logo, cabe realçar que um contexto que assujeita também pode provocar resistências às imposições, dadas as condições de possibilidade do sujeito de resistir.

Esta resistência é não apenas desejável, mas, sobretudo, possível. A resistência se manifesta não como equivalente à recusa simplista daquilo social, cultural e historicamente difundido, mas como possibilidade de superação dos assujeitamentos, exigindo, porquanto, outro tipo de atitude, ou melhor, a constituição de uma estética da existência.

Desse modo, observa-se, com clareza que pacientes diante da condição crônica de adoecimento podem posicionar-se impulsionados por convicções e desejos próprios, a partir de uma ética individual, um modo particular de subjetivar-se. Eis o governo de si, o sujeito do desejo, cujas atitudes estão voltadas para fazer escolhas por si e para si, independentemente das normas instituídas, estabelecendo, portanto, uma arte singular no cuidado de si mesma. Evidencia-se, por outro lado, que, na arte de governar, há uma constante oscilação entre ser governado e, ao mesmo tempo, governante.

Vimos, em Foucault, que, onde houver poder, deverá sempre haver resistência que consiste no enfrentamento das práticas de dominação. O poder é luta; relação de força; o poder se exerce, disputa-se. O filósofo chama a atenção que não existe propriamente o lugar da resistência e sim, pontos móveis e transitórios distribuídos por toda a estrutura social. O poder possui, pois, uma eficácia produtiva, sendo, então, a liberdade de invenção da ação humana uma condição necessária para exercitá-lo. A liberdade, nesse contexto, seria uma prática ético-política de invenção dos novos modos de subjetivação.

Uma questão crucial implicada nesta reflexão é a de que, havendo sempre a possibilidade de criação e invenção de resistências, é que se criam outras possibilidades de exercício político – ético da liberdade. Foucault acreditava na possibilidade de diferentes formas de ser e estar no mundo e na criação de novos modelos e estilos de viver.

O modo de resistência inerente ao sujeito e a qualquer relação de poder pode ser considerado mola propulsora do processo de subjetivação; que abre perspectivas de liberdade e de autoprodução mais autônoma da vida, permitindo ao sujeito reinventar-se. Dentre os idosos entrevistados quando questionados se têm autonomia para continuar resolvendo as questões particulares de suas vidas, administrando-as, respondem:

Eu me viro sozinha, eu não preciso de uma pessoa pensando por mim, vamos dizer isso... Isso eu tenho impressão que eu sei resolver... Hoje em dia se minha irmã falando um bocado de besteira contra mim, eu não vou chorar, não vou correr doida, não vou fazer nada disso... Coitada, deixa ela desabafar, pronto... Também a gente tem que aprender né?(Bercy, 79 anos).

... Eu gosto de estar em casa. Em casa que a gente tem a casa da gente, tem os compromissos, né? Aposentado... Só tomar conta das coisas, sair, comprar as coisas e tal, levar meu neto pra escola... Eu faço tudo lá em casa até uns três meses atrás eu vinha pra Recife dirigindo de Maceió... De Maceió pra Recife... Tenho uma casa ali na praia de Paripueira, sempre dia de domingo eu vou pra lá, de sábado eu vou pra lá... E a minha vida sempre era assim... Vida de não parar em casa, né? (Heleno, 80 anos).

Os recortes de falas dos idosos participantes ilustram bem a condição de satisfação pelo fato de apesar de terem enfrentado situações as mais adversas possíveis nos cuidados com a saúde, conseguiram superar as dificuldades, demonstrando potencial para se autogerenciar e de manutenção dos significativos vínculos afetivos com familiares e amigos, além de capacidade decisória quanto a seguir suas próprias convicções e realização de desejos.

Trata-se de um lançar-se contínuo no mundo com abertura para as possibilidades incessantemente renovadas, tal como podemos observar, por exemplo, no fragmento de discurso de Heleno quando refere que gosta de tomar conta de suas coisas, de passear, de fazer compras, de levar seu neto à escola, de administrar sua casa, de dirigir, além de ir à sua casa de praia, diversão que tanto o atrai. Enfim, tudo isso se traduz num viver intensamente que se vai amalgamando com os passos acelerados do tempo, conduzindo-o às experiências gratificantes e prazerosas da vida.

O processo de exercício da autonomia, a capacidade de tomar decisões legítimas, a possibilidade de fazer escolhas em detrimento de outras, de expressar aquilo que tem vontade e deseja, de ter projetos a realizar, enfim, a potência de uma ética individual para administrar e definir os rumos de sua própria vida de forma criativa apareceu também nos discursos dos outros idosos entrevistados, tal como pode-se constatar nestas narrativas:

Agora mesmo quando eu estava conversando com minha filha essa noite, disse: minha filha, eu não vou voltar mais para aquela casa grande mais não, agora vou ver se vou

para uma pequena, para um apartamento pertinho dela porque não aguento mais casa não, sabe minha filha? Mas aguentei viu... (Florinda, 89 anos).

...O que eu gosto não depende de outra pessoa... Ah! Minha vida eu faço sempre as mesmas coisas... Eu gosto de conversar com as amigas no telefone, gosto mais de conversar com meus amigos no telefone, gosto de ter assim sempre... Então, assim é essa vida que eu tou levando e pretendo continuar nela porque eu acho que se eu fizer alguma coisa pra mim mesma está ótimo... (Bercy, 79 anos).

... Agora eu estou bem, mas eu andava mal, muito mal, sem saber, ser ter consciência disso e exercendo uma superatividade profissional, trabalhando mais de doze horas por dia porque eu tenho três atividades... Eu tenho na Imprensa Oficial um expediente, dou um expediente como voluntário numa igreja evangélica a qual eu pertenço e à noite nas horas vagas eu escrevo... Levando esse tipo de vida com um vigor surpreendente pra minha idade, que eu tenho 86 anos, ninguém acredita quando eu falo que tenho 86, todo mundo me acha muito bem em tudo, tanto nas expressões de lucidez que eu ainda conservo quanto na minha energia física, na qual eu confio até de forma exagerada (Franco, 86 anos).

A velhice ainda que embalada pelo adoecimento não foi significada pelos idosos protagonistas como incapacidade, decrepitude, infortúnio ou decadência. Estavam mobilizados a experimentar diferentes situações para potencializar a vida, prosseguindo rumo aos novos passos. A participante Florinda manifestou seu desejo de se mudar de uma casa grande e espaçosa para um apartamento menor porque se sentia sem disposição e cansada com a demanda excessiva de trabalho doméstico. Já Bercy valoriza seus próprios gostos e escolhas; aprecia conversar ao telefone com as amigas para manter o vínculo afetivo, pois preza bastante suas relações de amizade. Enquanto o entrevistado Franco ressalta com orgulho sua intensa atividade laboral, a qual realiza com imenso prazer e entusiasmo. Ele mantém, aos 86 anos de idade, surpreendente vigor físico; apresentando muita força, energia e ânimo; está lúcido e orientado, dedicando-se também à escrita enquanto uma forma de produção artística.

No contexto dos fragmentos de discurso desses idosos, observa-se que a preservação da autonomia enquanto princípio ético é uma forma de liberdade. Liberdade de escolha e de ação sobre a própria vida. Ora, um sujeito livre apropria-se de si e inscreve sua própria história. Põe-se em relevo, aqui, quão é primordial manter preservada a garantia do reconhecimento à sua autonomia assim como o respeito ao

exercício pleno de suas vontades pessoais. Suas experiências de vida são saudadas como sendo fator fundamental.

Vale lembrar que as doenças crônicas durante a sua evolução trazem, em seu bojo, a noção de riscos: comprometimento funcional (temporário ou definitivo); sequelas incapacitantes; declínio físico, podendo comprometer acentuadamente a independência e autonomia dos idosos. O processo de hospitalização, o tratamento medicamentoso empregado para a sintomatologia ao qual estão sendo submetidos, além de algumas restrições e limitações que também se sobrepõem, como por exemplo:

Adorava cozinhar e não posso mais pegar calor de frente, não posso mais pegar peso de panela e essas coisas assim... De sair um pouco não pra noite, mas de sair até... Digo assistir até show, uma coisa assim... Sei lá, qualquer troço... Me sentir mais solta... (Bercy, 79 anos).

O fato de Bercy não mais poder realizar atividades da vida doméstica como cozinhar, que tanto adorava nem se abrir às perspectivas das opções de lazer, eis os limites suscitados pela sua condição de adoecimento. Tais limites, porém, apenas a fizeram mudar a sua forma de experimentação da vida, criando abertura para outras possibilidades inventivas. Os desejos sustentam-se enquanto estética e ética de si mesmo.

Outro aspecto a assinalar é que, no hospital, prevalecem o controle contínuo e o permanente monitoramento da saúde e da vida dos sujeitos. Logo, àqueles que desobedecerem às regras, descumprirem as prescrições e não conseguirem ser “domesticados”, docilizados, podem sofrer punições, sanções. Sendo o próprio sujeito uma abertura constante às inúmeras possibilidades, podendo tomar suas próprias decisões, sublinha-se a imperiosa e necessária produção de vida dos idosos com autonomia e as formas de resistência às tecnologias de poder.

Sobre isso, uma das participantes entrevistadas refere a seguinte saída: “*Eu tomo uma cerveja bem gelada, eu durmo depois do almoço, eu durmo bem, eu não tenho esse problema...*” (Vera, 71 anos). Enquanto que outro idoso que gosta de pescar na praia, nos diz: “*Ah! A pesca era lazer sim... Agora tava até falando: rapaz vai tirar o lazer que eu tinha... Chegava lá, pegava uma rede né? A gente tinha aquela rede em casa, ia pescar umas agulhinhas...*” (Helena, 80 anos). Pela via dessas saídas criativas, daí

pensarmos na produção do novo sujeito moral, apesar de flexível e tolerante, supostamente autônomo, requerido pelas novas modulações de subjetivação.

Em suma, apreciou-se nos trechos das entrevistas que os idosos participantes ainda que vivenciem o inexorável curso de uma doença, sendo acossados constantemente pela ameaça do “sopro da morte”, não se resignaram, tampouco esmoreceram, mas sim apresentam uma vida pulsante que transborda a realidade do morrer e da morte. Construíram novos modos de subjetivar-se que abarcavam a dimensão da vida com toda a sua potencialidade criativa e constitutiva. A permanência do desejo de viver confere sentido e plenitude à significação existencial.

A premência da morte não alterou a condição desses idosos de serem sujeitos desejanter que olham para si, se ocupam consigo mesmo, sendo potencialmente criativos e capazes de estilizar suas próprias existências. Isso implica, pois, pensar em modos de subjetivação como uma operação artística, o que passe-se a examinar no tópico seguinte.

4.4. Modos de subjetivação e estilizações da existência

Não me pergunte quem sou e não me diga para permanecer o mesmo.

Foucault

Os modos de subjetivação são aqueles através dos quais os indivíduos são levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade, em relação a discursos de verdade, em nome de sua própria vida, saúde ou de sua família. É o sujeito da experiência; falante que pode posicionar-se, demarcar o processo de singularidade; promover a libertação das tramas do saber/poder; caminhar na direção de práticas éticas, inventivas e criativas e não apenas de normalização das condutas. Intenta-se, pois, afirmar a posição do sujeito e suas produções desejanter, como se pode verificar neste trecho da entrevista de um idoso:

Se, considerando as minhas possibilidades naturais, eu quero ter uma sobrevivida ao lado da minha mulher, uma sobrevivida prazerosa, tranquila, calma, produtiva e, sobretudo, consciente... Eu brinco dizendo que se eu vivi até os 86 assim, agora com a minha reciclagem, com a alimentação correta e um comportamento mais adequado pra

minha idade vai ser uma barbada eu chegar ao centenário que eu pretendo comemorar andando (fala enfaticamente e sorri) e isso é vital pra mim... Eu pretendo comemorar isso andando e consciente, sabendo das coisas, continuando sabendo dizer de cor o meu CPF e a minha identidade (Franco, 86 anos).

Esta narrativa de Franco põe em evidência quão pulsa um enorme desejo de aproveitar a vida regada de muito prazer, tranquilidade, lucidez e produtividade. Ao deparar-se com a experiência do adoecimento, teve a oportunidade de se dar conta de que já não era mais o mesmo de antes, tal quando assinala que promoveu uma reciclagem, introduziu novos hábitos alimentares e mudou seu comportamento. Passou a rever suas bases e lastros de sustentação num viver atravessado pela doença. Quando afetado pela vivência do adoecer não apenas transformou a si, mas ousou se permitir transformar a realidade que o cerca. Instalam-se aí, os marcos de um outro tempo, de um novo redimensionamento dos modos de ser, agir e de estar no mundo ou, dito de outra forma, de uma reinvenção ética e estética de si mesmo.

Em tom lúdico, otimista e alegre, pontua que o futuro estende-se para frente; fala de uma vida pulsante que transborda no mergulho da esperança de chegar à comemoração de seu centenário ativo, vigoroso, caminhando com vitalidade, consciente e orientado sabendo os números de registro dos seus documentos pessoais (identidade e CPF). O viver esplendorosamente clama por um sentido, por uma estilística da existência que traga em seu bojo, o compromisso consigo mesmo e com o outro.

À medida que trouxemos à tona a abordagem dos mecanismos da biopolítica, podemos aproximar-nos do tema do “governo da vida” ou da vida tomada como objeto de governo. É possível debruçar-se mais um pouco sobre o tema correlato que é a discussão do “governo de si”. Em determinados momentos ou em situações específicas de nossas vidas, no caso deste estudo, pacientes acometidos por patologias crônico-degenerativas, fora de possibilidades terapêuticas de cura, que estejam vivenciando o adoecimento em situações de internamento ou não, são governados e também se deixam governar. Permitem que o outro (médicos, profissionais de saúde, família) possa dirigir a sua própria vida, dada a condição de fragilidade e vulnerabilidade, além da idade avançada como mais um fator de risco.

Ao traçar essas linhas, sob outro ângulo de análise, coloca-se em evidência como da rede constituída nas ações de autogoverno e dos outros se pode pensar de que modo esses pacientes poderiam estar em obediência ao saber médico e às técnicas de

regulação e, ao mesmo tempo, resistir e não serem governados? Uma saída possível seria quando assumem o controle, tomam decisões, estabelecem direções à própria condução do tratamento, autogovernam-se. Por meio de tais práticas governamentais, pode-se observar as resistências. As técnicas de si exercidas sobre si mesmo incitam os sujeitos a operar sobre o próprio corpo, pensamentos, condutas, enfim, sobre a própria vida. Isto equivale à tarefa moral do governo de si nos remetendo, pois, aos escritos foucaultianos relativos à questão da ética e da estética do existir.

O cuidado de si abrange inúmeras práticas, experiências modificadoras da existência, cuja finalidade é transformar o ser do sujeito, possibilitar a reinvenção e, assim, estabelecer para si um modo de vida ético, belo e estético. Traremos para a discussão no capítulo a seguir que a autotransformação do sujeito para o governo de si e dos outros nos conduz para a análise das possibilidades de novas formas de subjetivação e de estilização da vida por meio do potencial libertário e inventivo do sujeito.

A estilística da existência só é possível como devir quando busca exatamente modificar relações ancoradas e assentadas nas tradições vigentes, ou seja, tem como fundamento, o rompimento normativo e a transgressão aos padrões que prescrevem uma forma única de agir e existir, escravizando-nos. É exatamente sobre os modos e estilos particulares de existir que comportam um movimento de criação na medida em que aponta para o sujeito fazer algo para si dentro daquilo que lhe é possível. Isso é o que discutiremos no próximo capítulo.

“A partir da ideia que o indivíduo não nos é dado, acho que há apenas uma consequência prática: temos que criar a nós mesmos como uma obra de arte”.

Foucault

Devemos não somente nos defender, mas também nos afirmar, e nos afirmar não somente enquanto identidades, mas enquanto força criativa.

(Foucault)

5. VELHICE: ARTES, ESTÉTICAS E ESTILOS DE EXISTÊNCIA

“A arte da vida consiste em fazer da vida uma obra de arte”.

Mahatma Gandhi

Propõe-se, neste capítulo, problematizar os modos possíveis de estilização da velhice articulada à experiência do adoecimento e da finitude. Opta-se por iniciá-lo com a seguinte assertiva: “morrer prematuramente, ou envelhecer: não há alternativa”, dizia-nos sabiamente Simone de Beauvoir³² em sua clássica obra sobre a velhice, escrita na década de 1970. Ora, se não nos resta outra saída, então, assevera Foucault (2006),³³ que se deve “viver para ser velho”, pois é nesta fase que “se encontrará a tranquilidade, o abrigo, o gozo de si” (p. 136). Essa frase resume de modo magistral, o essencial da mensagem transmitida pelo filósofo: é preciso nos preparar, durante toda a vida, para sermos velhos, fabricar nossa própria velhice. Não obstante, este complexo processo se inicia desde a juventude, encontrando seu apogeu na maturidade.

Sob essa ótica, a ideia foucaultiana original, trazida naquele determinado tempo histórico e cultural, era a de triunfar a valorização da velhice, concebendo-a enquanto uma condição privilegiada que demandava preparação no decorrer de todas as etapas da existência. Somente assim, poderia ser vivida como um momento positivo, pleno de realizações e gozos, ponto de culminância e síntese de tudo aquilo que foi outrora realizado.

A velhice não é apenas uma fase cronológica da vida: é uma forma ética que se caracteriza ao mesmo tempo pela independência relativamente a tudo que não depende de nós, e pela plenitude de uma relação consigo em que a soberania não se exerce como um combate, mas como um gozo (Foucault, 2006, p. 646).

Isso significa dizer que, ao longo do percurso existencial, construímos modos de subjetivação alicerçados na potência expansiva da vida e nas constantes reinvenções ético-estéticas, as quais nos conduzirão em direção à velhice considerada como um

³² Beauvoir, S. (1990). *A Velhice*, (p. 347). Este é considerado o mais importante ensaio contemporâneo sobre as condições de vida dos idosos. Trata-se de uma obra de referência para os pesquisadores que se dedicam ao estudo do envelhecimento humano.

³³ Foucault, M. (2006). *A Hermenêutica do Sujeito*. Aula de 20 de janeiro de 1982. Segunda Hora.

refúgio, o ápice da vida; lugar que nos oferece abrigo seguro, aconchego, resguardo e proteção. Eis as palavras do filósofo:

Devemos, por assim dizer, e nisto consiste o ponto central desta nova ética da velhice, nos colocar em relação à vida, em um estado tal qual a vivamos como se já a tivéssemos consumado. No fundo, é preciso que, a cada momento, mesmo sendo jovens, mesmo na idade adulta, mesmo se estivermos ainda em plena atividade, tenhamos, para com tudo que fazemos e somos, a atitude, o comportamento, o desapego e a completude de alguém que já tivesse chegado à velhice e completado sua vida (Foucault, 2006, p. 137).

Diante dessas considerações e tomando por esteio as narrativas produzidas pelos idosos entrevistados nesta pesquisa, um vasto leque começava a se desenhar. Doravante, fui sendo conduzida, mesmo sem saber inicialmente para qual direção estava me encaminhando, para algo que remetia às trilhas de se pensar nas condições de possibilidade para a constituição de um estilo peculiar para o sujeito de existir, de lidar com a experiência do adoecer, do envelhecimento e da morte. Dito de outro modo, tratava-se da concepção de se construir um estilo próprio de existência para o sujeito por meio de estéticas outras no campo dos possíveis.

Implicaria, pois, para o sujeito, a assunção de uma maneira singular de se constituir nos registros ético, estético e político. Ou ainda, esta maneira seria forjada a partir dos traços próprios como uma potencialidade aquilatando a qualidade de vida. Um dos idosos entrevistados se reporta ao momento em que despertou ainda muito jovem, para o hábito da leitura, que não apenas aguçou seu interesse pela vida, mas, sobretudo, pelos valores por ele escolhidos para pautá-la, tendo-lhe propiciado novas descobertas e aprendizagens:

... Fui aprendendo coisas, né? Que me habilitaram a ter uma qualidade de vida que pouca gente tem porque a vida é como a gente faz, é uma questão de escolha, né? E a minha experiência, minha vivência intelectual ela me fez fazer escolhas acertadas, ela me deu convivências que me valorizaram, que me promoveram, que me colocaram num degrau não no ápice da coisa, mas pelo menos num degrau honroso que isso eu obtive pela atividade intelectual que eu sempre tive, tenho e pretendo ter até meu último dia... (Franco, 86 anos).

Direcionar o olhar para esses idosos, conceder-lhes vez/ lugar, nesta pesquisa, configura-se como garantir a visibilidade a esses sujeitos, aos modos como estilizam a

experiência do adoecimento associada à do envelhecimento, a qual pode portar valores éticos, inventivos e criativos. Em suma, “deve-se tender para a velhice e não resignar-se a ter que um dia afrontá-la. É ela, com suas formas próprias e seus valores próprios, que deve polarizar todo o curso da vida” (Foucault, 2006, p. 135).

5.1. Velhice e Adoecimento: as reinvenções ético-estéticas de si

Ante o exposto, os temas velhice e adoecimento são extremamente abrangentes, complexos e multidimensionais sendo, portanto, de amplo alcance e emblemáticos nesta discussão. A velhice, para Beauvoir (1990) “assume uma multiplicidade de aspectos, irreduzíveis uns aos outros” (p.17). Por este viés, dadas às múltiplas facetas desses fenômenos quando associados e entrelaçados, são passíveis de se empreenderem diferentes leituras. Isso para não incorrerem no risco de traçar um modelo limitador, massificado, estático e restritivo.

Ressaltando que cada sujeito envelhece de modo absolutamente singular, assim como experiencia o viver, o adoecer e o morrer de modo único e particular, não há, pois, como prescindirmos de um olhar que leve em consideração os modos subjetivos pelos quais os idosos demarcam suas trajetórias no mundo.

O idoso é, portanto, aquele que se apraz consigo, e a velhice, quando bem preparada por uma longa prática de si, é o ponto em que o eu, (...) finalmente atingiu a si mesmo, reencontrou-se, e em que se tem para consigo uma relação acabada e completa, de domínio e de satisfação ao mesmo tempo (Foucault, 2006, p. 135).

Destaca-se a abertura para a criatividade, sendo os idosos capazes de inventar novas maneiras de ser e existir a partir do vivido, além de criar, constantemente, novos sentidos para a vida, levando-nos, assim, indubitavelmente, a mergulhar na dimensão das estilizações da existência. A escolha por parte dos idosos de um estilo singular de condução e constituição de suas vidas conectar-se-á, aqui, às problematizações de Foucault acerca das estéticas ou estilísticas da existência, como modos singulares e diferenciados de estilos de viver. Será esse o conceito fundamental a ser revisitado, o qual atravessará todo o terreno discursivo das análises das entrevistas, sustentando e contextualizando o campo das problemáticas.

Convém sublinhar desde já, que não intencionamos qualquer tipo de generalização, isso porque deixaríamos escapar o modo singular de uma posição de

sujeito possível frente ao envelhecer e ao adoecer. A articulação entre velhice e adoecimento nos remeterá, pois, a um campo político e discursivo, a partir do qual tentaremos analisar as estilizações dessas experiências singulares, atravessadas pelos contextos social, histórico e cultural.

Esta reflexão nos oferecerá importantes elementos para abordar a velhice enquanto acontecimento ímpar, inigualável e carregado de historicidade, haja vista que, nesta fase da vida, “modifica-se a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história” (Beauvoir, 1990. p. 15). Estamos falando, pois, de incontáveis velhices, de uma pluralidade de experiências. Velhices estas construídas a partir dos diferentes experimentos, das vivências, da relação consigo mesmo e com os outros e das formas múltiplas de experimentar a vida, configurando-a com distintos tons, sentimentos, melodias e engendrando determinados contornos poéticos.

Tudo isso pode ser traduzido da seguinte forma: envelhece-se à sua própria moda. Sendo o indivíduo invenção permanente e marcado pelo desejo incessante, estando aberto ao horizonte das contingências e vicissitudes, permitam-me, então, falar em velhices que podem ser estilizadas e/ou experienciadas por meio de um estilo próprio de conduzi-las. Demarca-se, com isso, o particular interesse nas experiências que os idosos podem fazer de si mesmos, nas suas relações com os outros e com o mundo circundante. Encerra-se este tópico apresentando um trecho do discurso de um dos idosos entrevistados, o qual com suas memoráveis palavras nos oferece uma grande lição de sabedoria na arte do viver:

Ocorre uma coisa muito curiosa comigo, eu me considero uma pessoa privilegiada porque eu não tenho o hábito de fazer contas sobre o meu tempo de vida, eu nunca tive essa preocupação. Eu vivo... Eu agora tou me lembrando de um amigo meu que já morreu há bastante tempo, ele me dizia: engraçado, você fala como alguém que não vai morrer. Eu digo: mas é a última coisa em que eu penso, porque primeiro eu já sei que é uma coisa inelutável em todo ser vivo, não é?... Não é só o humano, todo ser vivo morre, se eu já sei disso porque é que eu vou antecipar isso, porque é que eu vou pensar nisso, avaliar isso, se tá perto, se tá longe, de que jeito vai ser, como vai ser... Eu tenho apenas uma esperança de que Deus me poupe de ter uma velhice que incomode aos outros, que me coloque na dependência dos outros, mas é a única

preocupação que eu tenho porque eu, por exemplo, sou muito independente... (Franco, 86 anos).

5.2. Aquarela da vida: a velhice como obra de arte

“Numa folha qualquer eu desenho um sol amarelo/ E com cinco ou seis retas é fácil fazer um castelo/ Corro o lápis em torno da mão e me dou uma luva...”.

Viver é uma arte; é a sedução das tonalidades possíveis das cores na aquarela da vida. É na evocação de coloridos originais pelo agir do pintor/artista e no brilho estetizante do existir que se abrem subitamente múltiplas possibilidades e as infinitas perspectivas de criação. Assim, o sujeito idoso pode descobrir paulatinamente outras modalidades que lhe permite experimentar a constante renovação de suas possibilidades de ser e existir no mundo.

Diante do explicitado, pretende-se desenvolver a ideia de que é possível envelhecer fazendo da vida uma obra de arte que corresponda a determinados critérios de estilo, cujo objetivo, em última instância, é fornecer à vida mais intensidade e beleza. Cabe salientar, no entanto, que nem todos os idosos conseguem atingir tal meta: fazer da vida uma verdadeira obra artística.

A obra de arte nos interpela pelas marcas de seu traçado único, pelas formas inventadas e contornos adquiridos. Somos arrebatados pelos seus efeitos enigmáticos no itinerário de uma irrepetível criatividade. Conduzir a própria vida como obra de arte conjuga aspectos éticos, estéticos, políticos e, concomitantemente, formulam-se e lançam-se possibilidades outras de constituição de si mesmo. Sob o viés da perspectiva foucaultiana, as “artes da existência” são como um conjunto de práticas:

Refletidas e voluntárias através das quais os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra de arte que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo (Foucault, 1985, p.15).

Durante muitos anos, Foucault concentrara sua atividade filosófica empreendendo estudos que tinham como foco a preocupação com as instâncias do saber e dos jogos de poder. Foi nos dois últimos volumes de sua obra *História da Sexualidade II - O Uso dos Prazeres* (1984) e o *III - O Cuidado de Si* (1985) que o filósofo se preocupara em estudar a relação do sujeito consigo mesmo e o modo pelo qual se

constitui, resistindo ao poder que lhe era instituído. O poder cedia, pois, lugar às reflexões éticas.

Parece-me oportuno lembrar que o período correspondente à publicação desses livros também coincidiu com os seus últimos anos de vida quando passou a suspeitar que era portador de uma grave enfermidade, o HIV/Aids. Embora vítima de uma doença que o conduziria, fatalmente, à terminalidade da vida deu continuidade à sua fértil e abundante produção intelectual até o momento de seu falecimento, no ano de 1984.

A própria história registrou vários exemplos de produtividade em intelectuais de idade avançada na classe cultural da Antiguidade. Apenas para citar alguns: Sófocles escreveu sua última peça *Édipo em Colona*, em torno dos 90 anos, enquanto que Eurípedes compôs *as Bacantes*, aos 80 anos e Platão terminou sua última obra, *Leis*, antes de morrer, aos 81 anos (Pitanga, 2006, p. 142).

“Se um pinguinho de tinta cai num pedacinho azul do papel/ Num instante imagino uma linda gaivota a voar no céu...”.

A arte por excelência, na velhice, pode ser encarada enquanto uma fase na qual se alimentem sonhos, num lançar-se ininterrupto às inúmeras possibilidades criativas incessantemente renovadas. Sob esse prisma, a leitura e a escrita podem ser uma forma de se manter acesa a chama da criatividade, tal como se pode observar neste recorte de fala bastante significativo de um dos idosos: *“porque escrever pra mim é uma coisa... é uma compulsão, eu tenho que escrever de qualquer jeito senão é como se eu não tivesse vivido, além de ler... (Franco, 86 anos)”*.

Escrever é viver, é inspiração; traduz-se na própria dinâmica dos investimentos sempre possíveis; é algo que glorifica, confere sentido e valora a vida. Pode-se observar tal assertiva, no seguinte trecho do discurso deste interlocutor:

Eu acabei uma tetralogia, é uma coisa volumosa, é uma tetralogia que foi um desafio pra mim, eu escrevi um poema épico sobre o índio, sobre o índio brasileiro, sobre o negro afro-brasileiro, sobre o retirante da seca e sobre o romeiro, essa gente que sublimou suas dificuldades e apelou pra Deus pra resolvê-las e foi injustamente massacrado. Depois eu pensei que tinha acabado essa obra que até podia morrer, mas ocorre que eu já comecei outra... (Franco, 86 anos).

Engajar-se em novos projetos abre para este idoso, perspectivas para o porvir, lançando-o para o horizonte do futuro entreaberto que não lhe pertence, mas que o preenche na expectativa e no sentimento de esperança do que pode vir a ser. Assim, edifica e constrói com elegância sua própria história, luta por seus ideais, vive intensamente seu presente, acreditando em si, nas suas ideias, inquietações, no seu potencial de invenção e criação e, principalmente, acalentando suas paixões tórridas, abrindo espaço para seus sonhos florescentes, sendo sua velhice um momento crucial de experiências enriquecedoras, além de ser marcada por grandes realizações.

... Eu agora tou trabalhando num livro que também vai ser um tijolão, a gente quando fala literalmente a palavra tijolão significa que é um livro bem grosso que eu vou fazer as minhas “lembranças esparsas”. Eu escolhi assim porque não achei que era um título pretensioso. E, esse título lembranças esparsas ele me livra da camisa de força da autobiografia que geralmente começa: nasci no dia tal, não sei o que e conta da infância até o momento presente, eu acho isso muitíssimo chato, eu tou pensando... Eu já comecei a fazer esse livro que a pessoa pode ler de onde abrir e não há problema, de onde abrir ela pode ler, esse é o meu atual projeto, eu não sei qual é o próximo, mas, que com certeza vai ter (sorri) (Franco, 86 anos).

“Entre as nuvens vem surgindo um lindo avião rosa e grená/ Tudo em volta colorindo, com suas luzes a piscar/ Basta imaginar e ele está partindo, sereno, indo/ E se a gente quiser, ele vai pousar...”.

Os fragmentos de discurso desse idoso revelam, pois, uma velhice “no tempo dos encantos”, no mundo da imaginação criativa, com sonhos concretizados e outros a realizar; ativa, produtiva, movida pelas possibilidades e potencialidades do sujeito, fase na qual se prevalece o desejo ardente e pulsante de gozar a vida com intensidade e brilho. Estamos nos reportando a uma velhice em que permanecerão, veementemente, as vicissitudes desse idoso até o instante da grande ruptura de seu vínculo com o mundo - a morte. A morte é a impossibilidade de quaisquer outras possibilidades.

A velhice fundamentada sob a ótica das representações positivas pode ser aquela encarada não no que tange à fixação das perdas, das limitações e dos déficits, mas enaltecida a partir da ideia do engendrar a dinâmica de sucessivas aquisições, ganhos e benefícios, o que fica bastante evidente nesta fala:

... A minha índole não é de ficar parado, a minha índole é de superatividade, eu sou pró-ativo em tudo desde criança e não me sinto um traste velho, nunca me senti, eu tenho ânimo de viver, alegria de viver, vontade de trabalhar... (Franco, 86 anos).

É importante realçar que esse sujeito entrevistado, assim como tantos outros, não sucumbiu aos estereótipos ideológicos e preconceitos sociais que concebem a velhice a partir de percepções negativas, tais como: decrepitude, limitação, fragilidade, dependência, improdutividade, degenerescência, incapacidade, desgaste, obsolescência, deterioração, inutilidade, declínio orgânico e cognitivo, ou seja, por assim dizer, no tempo dos desencantos.

Vale frisar, no entanto, que não é minha intenção aqui ampliar o debate acerca das facetas positivas e negativas do envelhecer, mas, tão somente colocar em pauta alguns discursos que circulam no meio social, os quais são amplamente difundidos e disseminados na cultura contemporânea³⁴ para ressaltar os aspectos de desvalorização da velhice. Daí, a velhice pode passar a constituir-se enquanto uma ameaça a ser banida/evitada a todo custo pelas mais diversas estratégias de controle e intervenção sobre os corpos, assim como por mecanismos preventivos e pelas ofertas de um vasto repertório de produtos que estimulam o “mercado consumidor de saúde”: indústria farmacêutica e cosmética, tratamentos estéticos, medicamentosos, técnicas de rejuvenescimento, intervenções cirúrgicas, etc.

Sob a égide desse modelo vigente atual, pressupõe-se, portanto, que se trata de uma sociedade normalizadora, ávida pelo consumismo, alicerçada no modelo imaginário de exaltação da juventude eterna e baseada sob os signos da performance, do desempenho que coloca o sujeito exatamente na direção da contramão do envelhecer, na medida em que tenta “apagar/eliminar os sinais” do passar inexorável do tempo, ainda que isto seja algo provisório e fugidio. É nesta engrenagem social que se valoriza triunfalmente a plástica de um “corpo perfeito”, rejuvenescido que não denuncia o próprio processo de envelhecimento.

A hegemonia das práticas discursivas e sociais que comumente atribuem à velhice valores negativos costumam sempre vinculá-la ao processo de perdas múltiplas e variadas, à ausência de vigor e vitalidade, à diminuição da força, da resistência, e à

³⁴ Para obter mais informações sobre esta temática, vide a dissertação de mestrado em Psicologia Clínica intitulada “Velhice na cultura contemporânea” (Pitanga, 2006).

suscetibilidade às diversas doenças crônicas, progressivas e degenerativas, além de associá-la à premência da morte. Ao refletir sobre seu processo de adoecimento vinculando-o à possibilidade de morrer, uma das idosas se apega à religiosidade para sustentar-se na vida: *“Eu entrego a Deus... O que a gente tem que passar, vai passando, não tem o que fazer... Eu tou fazendo o que eu posso aí o que eu posso é isso, eu não posso mais do que isso... Deus é que sabe como é que as coisas vão acontecer...”* (Vera, 71 anos). E, dá continuidade ao seu discurso articulando sua doença autoimune, crônica e incurável ao pensamento sobre a morte,

Eu penso, eu acredito que todo mundo, a maioria das pessoas pensa, não é? Porque a gente não vai ficar pra semente aqui (gargalha)... Ela veio assim meio antecipada (a doença)... Acho que ela veio antecipada... Eu me acho tão forte, eu fazia... Eu era uma pessoa saudável até então, você tá entendendo?(Vera, 71 anos).

Outra idosa participante, quando inquirida a respeito do temor da morte, responde: *“Não. Eu só temo a morte de deixar essa criatura (aponta para a filha adulta que é afásica) que é um amor de criatura, ela não fala, mas é uma menina ótima, bondosa, amorosa, ajudadora, tudo de bom...”* (Florinda, 89 anos).

Ainda sobre essa questão de pensar sobre a própria finitude, outra entrevistada diz enfaticamente: *“Não, na morte mesmo não... Quando ela bater assim na porta (gesticula com as mãos) Oh! Cheguei... Não. Eu vou dormir não quero nem saber se vem ladrão (sorri) se vem... Não tou nem aí...”*. Em contrapartida, afirma que pensa na vida e a respeito do modo como vive: *“Na vida, no outro dia, eu vou lá querer saber... Quer dizer, se vive a vida... Se vive. E assim que eu tou vivendo... Eu tou vivendo dentro das circunstâncias normais...”* (Bercy, 79 anos).

“Um menino caminha e caminhando chega no muro/ E ali logo em frente a esperar pela gente o futuro está/ E o futuro é uma astronave que tentamos pilotar/ Não tem tempo nem piedade nem tem hora de chegar/ Sem pedir licença muda nossa vida/ Depois convida a rir ou chorar...”

Contrapondo-se ao envelhecer saudável, um processo de adoecimento crônico, grave e incurável que se instala na velhice como prenúncio de uma morte iminente, porém sem delimitação temporal, impõe imperiosamente ao sujeito idoso um posicionamento diante de sua própria vida, ao mesmo tempo em que se instaura o temível confronto e embate com a perspectiva da finitude. É pertinente, neste momento,

trazer para essa discussão as interessantíssimas afirmações concernentes à temática da doença, extraídas de rara entrevista que o filósofo francês Gilles Deleuze³⁵ concedeu na sua própria velhice:

É claro que a doença deve servir para alguma coisa, como todo o resto... Não estou falando apenas em relação à vida... Para mim, a doença não é uma inimiga, pois não é uma coisa que dá a sensação da morte, e sim, que aguça a sensação da vida. Não é no sentido de: Ah! Como gostaria de viver e quando estiver curado, vou começar a viver! Não é nada disso. Não há nada de mais abjeto no mundo do que um *bon vivant*... Voltando à questão da doença, ela aguça uma visão da vida, uma sensação da vida. Quando falo em visão da vida, em vida ou em ver a vida, é ser tomado por ela... A vida em toda a sua potência, em toda a sua beleza! Estou seguro disso (Deleuze, 1994, p. 66).

Essas magistrais colocações de Deleuze se coadunam com as reflexões esboçadas pela pesquisadora desde a apresentação desta temática em estudo. Por ocasião do início desta pesquisa, partia-se do pressuposto de que a morte faz parte da vida, ambas se dialetizam.

A proposta não era apenas tratar do adoecimento articulando-o ao inexorável e intransponível processo de morrer e da morte dentro das possibilidades de escolha entre a obstinação terapêutica e a palição enquanto modalidades assistenciais ao final da existência. Mas, sobretudo, apoiava-me na ideia de reportarmo-nos ao viver; à vida com toda a sua beleza, intensidade, encantamentos e também com seus dissabores, adversidades, reveses e contratempos. Nesse sentido, o prazer não seria a contraface da dor e do sofrimento, mas podem se harmonizar, haja vista que “os acidentes contingentes integram-se facilmente à nossa história, porque nos atingem em nossa singularidade” (Beauvoir, 1990, p. 347).

Por mais que se pareça com as dores dos demais, por mais que se repita, a dor, que cada um experimenta, é única. Ninguém pode senti-la em seu lugar. Ninguém, senão aquele que a sente, pode descobrir e, finalmente, saber o que ela tem a lhe dizer (Rocha, 2011, p. 595).

³⁵ Deleuze, G & Parnet, Claire. O Abecedário de Gilles Deleuze. Versão digital disponível em: <http://www.oestrangeiro.net>.

Chama-nos aqui, a atenção para a narrativa contundente de um dos participantes quando provocado a falar sobre seu processo de adoecer, tendo-o associado à sua própria experiência da longevidade e o consequente legado das lições de aprendizado durante toda a vida. Lições essas que balizam seu modo de ser, existir e relacionar-se.

Pra falar em doença todo mundo tem, ninguém é saudável... A longevidade tem um custo, toda longevidade tem um custo... Assim como não há gordo inocente, não há nenhum longo tempo sem problema, não é? Todo longo tempo tem que pagar o custo dessa longevidade, mas só que a experiência que a longevidade dá, o enriquecimento que ela traz pra pessoa que a atinge, é de um valor incalculável, a gente aprende todo dia, é uma coisa, por exemplo, que me acontece. Graças a Deus eu não parei de aprender, eu tiro de toda a minha vivência, dos fatos aparentemente mais insignificantes eu tiro uma lição de vida porque eu tenho ânsia de aprender, sempre tive... (Franco, 86 anos).

Em nossa caminhada pelas estradas do tempo, a todo instante, há os tropeços nas dores de nossos próprios limites. A dor que nos habita pode ser contornável pelo sujeito, por meio da potência de seu desejo, seria, pois, nossa ação ética. É necessário o exercício contínuo de inventar para si novos destinos, reabrir novos horizontes de significação, no intento de tornar a existência possível e prazerosa, além de inventar outras versões sobre a sua própria história biográfica.

Interessamo-nos, pois, no feixe de sentidos e na plenitude da significação da vida, segundo concepção dos participantes idosos. Ressalva-se que a iminência da morte pode nos convidar à sabedoria do viver, impulsionando-nos à criatividade. A propósito das reflexões sobre o sentido da vida, faz-se alusão às sábias palavras de Zeferino Rocha³⁶ em seu célebre monólogo filosófico:

É sublime o dom da vida e, mesmo quando marcada pela dor dos limites, ela não perde seu valor nem seu sentido e merece ser amada e respeitada simplesmente porque é vida. Mas como “viver é perigoso”, a vida exige, de cada um de nós, um ato de contínua e inacabada coragem e as razões de viver sustentam essa capacidade de luta, sem a qual a vida perde seu verdadeiro sentido (Rocha, 2001).

Nesta obra, o autor tenta transmitir a mensagem de grande sabedoria deixada por Sócrates, na ocasião de sua morte, resumida nas seguintes palavras: “o mais importante

³⁶ Rocha, Z. (2001). A Morte de Sócrates: monólogo filosófico. São Paulo: Escuta.

Nesta obra o autor reconstrói e narra com riqueza de detalhes, a partir dos diálogos de Platão, os acontecimentos nos últimos instantes que antecederam a morte de Sócrates, na prisão em Atenas.

não é viver, mas as razões pelas quais se vive”. Assim sendo, são as razões de viver que dão sentido e significado à vida. No que concerne ao modo como os idosos dignificam suas existências no mundo ao passo que souberam, com maestria enfrentar a vida, apresenta-se, neste momento, trecho da narrativa produzida por uma das entrevistadas:

... Eu enfrentei a vida com coragem... E com alegria, muita alegria... Minha vontade só era trabalhar, produzir, ver todos felizes porque não adianta eu estar feliz e meu vizinho do outro lado não tá feliz... O meu prazer que eu tenho de querer bem e amar é muito grande. Nunca tive um aborrecimento tanto assim com ninguém... Aborrecimento, intriga, jamais... Aconteceu alguma coisa que aborreça procure dispersar aquele pensamento, procure afastar e só vir na sua cabeça o que é bom... Só o que é bom... (Florinda, 89 anos).

O discurso desta idosa reflete a forma alegre e corajosa pela qual se posiciona perante a vida, pautando suas relações com familiares e com o próximo no respeito, carinho e amor, levando-nos a nos aproximar daquilo que Foucault entende por escolha ética. Trata-se de um processo de escolha livre de seu modo de existência, de uma forma de relação consigo e com os outros que independe das regras prescritivas e dos códigos morais de conduta formalizados e instituídos, configurando, portanto, o sujeito ético. Refletindo sobre as escolhas que fez na vida, outro idoso expressa:

... Eu não sou um super-homem, eu não sou um gênio, aqui, acolá eu dou umas... Eu faço umas coisas erradas, eu fecho os olhos pra umas verdades, minhas próprias verdades muitas vezes eu não enxergo, por exemplo, aquilo que não me é conveniente enxergar com grande prejuízo meu... A gente faz escolhas erradas, é preciso... Agora, é preciso coragem, é preciso querer, a gente na vida tem que ter coragem e tem que querer ter um objetivo, ter determinação, autocontrole diante das coisas erradas que se apresentam na vida da gente com muito mais facilidade do que as coisas boas (pausa/silêncio)... Essa... Isso é tão forte na vida que envolve as pessoas, cega as pessoas, elas se tornam incapazes de enxergar suas próprias verdades porque aquilo incomoda nada incomoda mais do que a verdade, a gente sabe disso, nem sempre a gente tem valentia pra aceitar a nossa verdade, no entanto, a verdade cura e ela é transparente. Quando uma pessoa nos chega falando a verdade, ela não precisa falar muito porque logo a gente se convence de que aquilo é autêntico, é puro, é sincero, é saudável, é bonito... A verdade ensina a gente muita coisa. Se as pessoas atentassem pra isso, se eu, por exemplo, tivesse atentado para isso mais cedo... Mas, cada coisa no seu tempo. Se eu tivesse atentado pra isso há mais tempo, minha vida teria sido muito mais feliz do que é

hoje, eu não teria perdido tanto tempo pra me achar, eu me autoanalisava, eu me corrigia, eu ouvia principalmente os outros. (Franco, 86 anos).

Neste panorama, tal liberdade de escolha não se inscreve numa regra de vida, mas na arte de viver, como dizia Foucault (2006): “a vida tal como é definida, prescrita pelos filósofos como sendo aquela que se obtém graças à *tékhne*, não obedece a uma *regula* (uma regra): ela obedece a uma *forma* (uma forma)” (p. 514). Na Antiguidade greco-romana, o desejo de ser um sujeito moral e a incessante busca de uma estética da existência significava não apenas a afirmação da própria liberdade, mas também a tentativa de atribuir à vida uma forma, a partir da qual podia se reconhecer e ser reconhecido por outros.

Os filósofos antigos³⁷ estudados por Foucault entendiam a vida como uma obra bela, portadora de certos valores estéticos. Isto obedecia a critérios não de regras, mas de forma, tratando-se, portanto, de “um estilo de vida, uma espécie de forma que se deve conferir à própria vida” (p. 514). Nesta perspectiva, a ética como uma estética da existência, ou seja, fazer de si mesmo uma obra de arte seria, pois,

fazer da própria vida objeto de uma *tékhne*, portanto, fazer da própria vida uma obra - obra que (como deve ser tudo o que é produzido por uma boa *tékhne*, uma *tékhne* razoável) seja bela e boa - implica necessariamente a liberdade e a escolha daquele que utiliza sua *tékhne* (Foucault, 2006, p. 513).

É preciso criar a nós mesmos e imprimir à vida e, sobretudo, às nossas ações, estilo, beleza e estética. O trabalho criativo pode ligar-se ao tipo de relação estabelecida conosco e com os outros. É possível apreciar de modo muito evidente tais asserções, neste outro fragmento da entrevista desta idosa:

Bem, eu sou uma criatura feliz, eu não sou uma pessoa que vive constrangida, vive amargurada não. Pra que? Amor no coração da gente é o que vale... é amor... Então, eu com essa idade que eu estou fazendo, nunca tive um intrigado na minha vida, nem aborrecimento, nem com vizinho, nem com vizinha, nem com quem tá na frente nem com quem tá do lado, não, nunca tive... Nunca e lhe digo: feliz é o homem... O homem

³⁷ Filósofos da Antiguidade clássica, cujas obras foram fonte de inspiração para os escritos de Foucault, são eles: Xenofonte, Epíteto, Epicuro, Aristóteles, Marco Aurélio, Platão, Sócrates, Cícero, Sêneca, Plutarco dentre tantos outros.

tá colocado homem e mulher né?... O homem que sabe amar, porque sabendo amar, tira muitas coisas que não deveriam acontecer... (Florinda, 89 anos).

O privilégio de poder ser, de desfrutar do gozo de si, de dar-se tempo, de cultivar bons hábitos, de amar incondicionalmente e de adotar, constantemente, renovadas formas de viver situa-nos exatamente no terreno ético-estético. Em consonância com esta forma de pensar, recorre-se mais uma vez, às contundentes declarações de Deleuze quando sublinha que a velhice é uma “idade esplêndida”, condição privilegiada para simplesmente “ser”:

Esta é a hora em que só há uma coisa: ser! O velho é alguém que é... Ele adquiriu o direito de ser. Afinal, um velho pode dizer que tem projetos. Quando se é velho, deixa-se de ser suscetível. Não há mais suscetibilidades, não há mais decepções fundamentais. Estamos muito mais desinteressados. Amamos as pessoas de fato pelo que elas são. Acho que afina a percepção. Vejo coisas que não via antes, percebo elegâncias as quais eu não era sensível... Tudo isto torna a velhice uma arte (Deleuze, 1994, p. 68).

A arte de viver, construída como uma fundamental meta a ser atingida ao longo da trajetória, seria também uma forma de encaminhar-se para a própria plenitude na velhice. Ter uma vida plena dirige-nos para uma velhice serena. Quando interpelados pela pesquisadora sobre o que aprenderam da vida, os participantes idosos respondem:

Eu aprendi da vida que ela é uma lição continuada, permanente. Triste de quem não a valoriza, triste de quem não a aproveite para aprender, principalmente com o outro... O homem mais sábio do mundo, Sócrates disse: “só sei que nada sei”. Mas, até a gente chegar a essa conclusão que ele chegou há milênios... Então, a gente é autossuficiente, vaidoso, bobo, vai na conversa dos outros, não tem humildade, não tem sinceridade, não tá preparado pra viver e é tão frequente o despreparo na vida das pessoas. As pessoas muitas vezes são tão vazias de tudo que nem vale a pena a gente conviver e isso não é elitismo da minha parte, é que a gente vai ficando seletivo, a gente vai ficando avaro do próprio tempo, a gente quer empregá-lo da melhor maneira possível... Ah, eu emprego meu tempo lendo as coisas que me aprazem, as coisas que me fazem ser uma pessoa (pausa no pensamento)... Na minha concepção melhor, mas bem preparada pra enfrentar o que me espera... (Franco, 86 anos).

Da vida em geral? Que aproveite logo enquanto você pode, enquanto você tem facilidade de fazer as coisas faz logo, não deixa pra amanhã pensando que amanhã vai ser melhor, pode ser que seja, pode ser que não seja... (Bercy, 79 anos).

Ouçamos Foucault (2006) quando nos diz: “devemos consumir a vida antes da morte”³⁸. Essa ideia realça a importância atribuída pelo filósofo à ética do envelhecimento, organizada e construída durante todos os estágios do ciclo vital, cuja cessação se dá com a derradeira finitude: “deve-se completar a vida antes que chegue o momento da morte, deve-se atingir a saciedade perfeita de si. *“Summa tui satietas”*: saciedade perfeita, completa, de ti” (p. 137). E, Rocha (2001) nos adverte:

Eu, porém, continuo pensando que a melhor maneira de viver é estar sempre preparado para morrer, pois é na morte que a vida adquire sua complementação definitiva. A morte não é a negação da vida, mas o seu momento mais significativo, o momento da grande síntese, na qual nos é finalmente revelada a nossa verdadeira face, aquela que, quase sempre, vive escondida dos nossos próprios olhos, porque nós a encobrimos por debaixo de tantas máscaras nas quais nos alienamos, tornando-nos aquilo que não somos, estranhos a nós mesmos e enigmáticos uns para com os outros (p.27).

O autor nos brinda com a metáfora da vida no perpassar inexorável, como “travessia”. Traz a reflexão de que somos viajantes pelas estradas do tempo e, nesta viagem, estamos sempre abrindo novos caminhos, sendo a morte, o último deles e definitivo, “o caminho derradeiro da derradeira viagem” (p. 26). Propõe, ainda: “talvez morrer, em última análise, seja apenas isto: um sono profundo sem a menor sombra de sonho, ou, simplesmente, a paz do repouso absoluto” (p. 25). A ideia de que a morte representa um sono eterno também aparece no discurso de uma das interlocutoras entrevistadas, tal como pode-se examinar:

O tempo está se passando e vai chegar o momento que eu vou dormir, né? A gente morre, né?... Quem morre, dorme! Diz a bíblia... A bíblia diz que quem morre, dorme... Então eu espero que Deus todo poderoso, Jeová e Jesus Cristo tenha de misericórdia, não é?(Florinda, 89 anos).

Foucault (2006) faz alusão a essa analogia entre sono e morte quando comenta que a vida “no momento em que ela se acaba, no momento em que nos preparamos para

³⁸ Foucault encontrou em Sêneca, na carta 32, esta expressão: “*consummare vitam ante mortem*”. Aula de 20 de janeiro de 1982, em *A Hermenêutica do Sujeito* (2006).

dormir, poderemos dizer com alegria e o semblante risonho: "eu vivi" (p. 581)"³⁹. Já que a morte está sempre à nossa espreita, podendo ocorrer a qualquer momento, por conseguinte, só nos resta prepararmo-nos "para este acontecimento como infortúnio por excelência" (p. 579).

“Nessa estrada não nos cabe conhecer ou ver o que virá/ O fim dela ninguém sabe bem ao certo onde vai dar/ Vamos todos numa linda passarela/ De uma aquarela que um dia enfim/ Descolorirá...”

Seguindo o pensamento foucaultiano, o exercício de preparação para a morte consistia na meditação sobre a vida, tomando consciência de sua brevidade, da necessidade de aproveitá-la intensamente como se fosse o último momento da existência, daí assinalar que é preciso “viver a longa duração da vida como se fosse tão curta como um dia e viver cada dia como se a vida inteira nele coubesse” (Foucault, 2006, p. 612). É pela percepção da inexorabilidade da finitude que urge a necessidade de dar sentido e significação à própria vida ou, nas palavras do filósofo, “o pensamento sobre a morte é que permite a retrospectção e a memorização valorativa da vida” (p. 582). Prossegue, advertindo:

E é preciso considerar que cada hora do dia que se está vivendo é como uma espécie de idade da vida, de modo que, quando chegar o ocaso do dia, terá se chegado de certo modo também ao ocaso da vida, isto é, ao momento mesmo de morrer. É este o exercício do último dia (p. 580).

A despeito do pensamento sobre a morte permite, pois, lançarmos o olhar de retrospectção acerca do conjunto da vida e, por outro lado, remete-nos também ao circuito da memorização valorativa do viver, o que compreende apreender o valor do presente, valorizar as ações do passado. Não se caracterizando como um pensar sobre o porvir, “mas um pensamento sobre mim mesmo enquanto estou morrendo” (Foucault, 2006, p. 582).

³⁹ Foucault (2006) comenta que esta passagem refere-se ao exercício ao qual Sêneca convida Lucílio na Carta 12, a viver o período de um *dia* não somente como se todo um mês, todo um ano, mas toda a vida ali transcorresse. Trata-se, pois, antes de organizar, de experimentar o período de um dia, como se cada momento dele fosse o momento do grande *dia* da vida, e o último momento do dia, o último momento da existência, p. 580-581.

O valor particular da meditação sobre a morte não está apenas no fato de que ela antecipa o que a opinião em geral representa como o maior dos infortúnios, não está apenas no fato de que ela permite convencer-se de que a morte não é um mal; ela oferece a possibilidade de lançar, como que por antecipação, um olhar retrospectivo sobre a própria vida (p. 612).

É possível aqui nos aproximar do conceito de cuidado de si, que se constitui como uma arte de viver enquanto meta a ser construída e praticada no decorrer de toda a vida. Traduzindo em outras palavras, estamos falando do cuidado de si como prática de preparação e, concomitantemente, de realização da fase da velhice, sendo, portanto, uma forma de se encaminhar para a plenitude.

Plenitude essa não alcançada nos últimos e derradeiros momentos finais da existência, mas durante toda a vida marcada pelos cuidados de si. Impõe-se de imediato definir agora este conceito, à proporção que acompanhamos a trajetória seguida por Foucault na elaboração de suas problematizações acerca de conferir à vida, artes ético-estéticas. Para tanto, examinaremos a obra *História da Sexualidade III - O cuidado de si* e os cursos da *Hermenêutica do Sujeito*.

Estamos falando do cuidado ético-moral de si mesmo, cuidado este orientado para a estética e estilização da vida, para as artes da existência. Caracteriza-se essa “cultura de si” pelo fato de que a arte da existência sob as suas diferentes formas – nela se encontra dominada pelo princípio segundo o qual é preciso “ter cuidados consigo” (Foucault, 1985, p. 49).

5.3. Artes da existência sob o signo do cuidado de si

Sabe-se que Foucault problematiza o sujeito no percurso dos diferentes momentos históricos. Foi no início da década de 1980 que passou a deslocar seus estudos remontando ao período que vai desde a Grécia clássica e helenística à cultura romana e cristã, no qual a máxima filosófica fundamental da arte de viver e a principal regra de conduta da vida individual e social era a *epimeleisthai seautón* (em grego), cujo significado seria: tomar conta de si, cuidar de si, ter cuidado consigo, ou ainda, *cura sui* (em latim). Estabelecia, pois, o retorno à moral greco-romana do cuidado de si.

Na filosofia grega antiga, uma das principais preocupações era a cultura do cuidado de si⁴⁰, na qual se intensifica e se valorizam as relações de si para consigo mesmo. É no Alcebiádes, de Platão, que se pode encontrar as primeiras reflexões sobre a noção de *epiméleia heautoú* ou cuidado de si,

Com este termo tento traduzir, bem ou mal, uma noção grega bastante complexa e rica: a de *epiméleia heautoú*, que os latinos traduziram por algo assim como *cura sui*. *Epiméleia heautou* é o cuidado de si mesmo, o fato de ocupar-se consigo, de preocupar-se consigo, etc. (p. 04).

Antigamente, na civilização grega, o proteger-se, a atenção dispensada para consigo mesmo, o evitar perigos ou propriamente o cuidado de si era considerado não apenas um dever e uma técnica, mas uma obrigação fundamental. Desta maneira, ocupar-se de si próprio, o ser para si mesmo não significava uma mera e simples preparação momentânea para a vida e sim, uma forma de viver.

O cuidado de si precisa ser praticado durante a vida, principalmente na idade adulta, e em que assume todas as suas dimensões e efeitos durante o período da plena idade adulta, compreende-se bem que o coroamento, a mais alta forma do cuidado de si, o momento de sua recompensa, estará precisamente na velhice (Foucault, 2006, p. 134).

A partir das minuciosas análises de textos prescritivos dos antigos filósofos, o que mais saltava aos olhos e despertava a atenção de Foucault nos receituários da vida

⁴⁰ O ponto de partida e referência para o consagrado estudo sobre o conceito de cuidado de si é o Alcebiádes de Platão. Neste texto há uma correlação entre o cuidado de si com a política, a pedagogia e com o conhecimento de si. Este primeiro momento concerne aos gregos; é também conhecido como socrático-platônico, sendo o conceito de cuidado de si analisado a partir de reflexões filosóficas.

cotidiana por eles elaborados, eram exatamente as excessivas preocupações no cuidado que o sujeito deveria ter para consigo mesmo, sendo ele o legislador de si próprio por meio das práticas de si. Tal conduta de existência ética tinha por objetivo fazer o indivíduo resistir às mais variadas situações de adversidade e não a elas sucumbir.

As antigas doutrinas filosóficas como a epicurista e o estoicismo desenvolveram certas prescrições e regras, de natureza ética, relativas à preocupação do sujeito em relação a si próprio e ao seu modo de viver, são elas: a escrita de si, o exame de consciência, meditação, retiro, intensificação da vigilância sobre as próprias condutas. Tais práticas de si eram exercidas e deliberadas cotidianamente. Todo esse conjunto de ocupações, no dizer foucaultiano, exigia labor e culminou na transformação da cultura de si enquanto um elemento que consagrava, por outro lado, diversas práticas sociais.

É preciso entender que o princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bastante geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações... (Foucault, 1985, p. 50).

As teorizações foucaultianas acerca da cultura de si objetivavam analisar a autoconstituição do sujeito a partir das práticas de si ou cuidado de si que não se caracterizava como uma forma de privilégio, mas como uma situação estatutária de poder. Foucault (2006) coloca que o sentido desse tipo de cuidado poderia assim ser expresso: “é preciso que te ocupes contigo mesmo, que não te esqueças de ti mesmo, que tenhas cuidado contigo mesmo” (p. 06).

O ocupar-se consigo mesmo indicaria, portanto, uma relação “singular, transcendente do sujeito em relação ao que o rodeia, aos objetos que dispõe, como também aos outros com os quais se relaciona, ao seu próprio corpo e, enfim, a ele mesmo” (Foucault, 2006, p. 50). Desse modo, cuidado de si nada tem a ver com individualismo exacerbado ou egoísmo autocentrado, mas é, antes, uma prática social; é o sujeito responsabilizar-se consigo mesmo e com os outros. Este tipo de responsabilidade implicaria mecanismos não repressivos de poder, tais como o diálogo e a persuasão.

5.4. Eu e o Outro: um encontro necessário

Na perspectiva dessa discussão a respeito da capacidade do sujeito para experimentar a si mesmo como alguém interessado em lidar com os aspectos da própria vida e também com a vida dos outros que o cerca, expõe-se, neste momento, fragmento da entrevista que revela um estilo peculiar de existir de um dos idosos protagonistas que, na tentativa de fazer urdir sua própria experiência de vida calcada na relação com o outro, abre-se à narratividade da seguinte forma:

O outro é quem tem que nos ensinar. Eu só me considero uma pessoa madura, a partir do momento em que eu saí de mim mesmo e comecei a prestar a atenção na riqueza que o outro pode ser no que ele pode nos ensinar. Aí sim, eu cresci porque o outro tem tudo pra nos ensinar, a gente é que não percebe. O outro é louco que a gente fale com ele e a gente não fala porque pensa que ele não vai gostar. Falar é tudo o que as pessoas querem que a gente faça com elas e aí a gente só ganha quando faz isso, sai da gente pra ir pro outro... (Franco, 86 anos).

Esse sujeito coloca-se na posição de eterno aprendiz, sendo o outro, com seus próprios conhecimentos e habilidades, figura fundamental neste processo de aprendizado. Pode-se inferir que exista, por parte desse idoso, uma disponibilidade interna para o cuidado de si e do próximo; afinal, cuidar é preservar; é ter atenção, cautela, zelo e carinho que devem ser dispensados não apenas a si próprio, mas também ao outro. O ato de cuidado pode ser traduzido nas atitudes, nos comportamentos, no respeito aos limites e dificuldades alheias. Trata-se de uma ação aprendida por meio das experiências vividas, dos saberes circulantes no meio social e cultural do qual fazemos parte, afetamos e somos afetados.

É no âmbito das preocupações e dos cuidados consigo mesmo que aparece e se formula o preceito délfico “*gnôthi seautón*”, podendo ser traduzido como “conhece-te a ti mesmo”⁴¹. Segundo Foucault (2006) “o que estava escrito nessa fórmula não era o

⁴¹ O personagem de Sócrates recomendava a Alcibiades que aproveitasse intensamente sua juventude para “ocupar-se de si mesmo”, pois “aos cinquenta anos seria demasiado tarde” (p. 600). Sócrates era apresentado por seus discípulos como mestre e senhor do cuidado de si; teve como incumbência o ofício de interpelar e incitar os cidadãos, de modo geral os mais jovens e lhes dizer: “É preciso que cuideis de vós mesmos” (p. 11). A Hermenêutica do Sujeito. Curso no *Collège de France*; Aula de 6 de janeiro de 1982. Primeira hora.

conhecimento de si, nem como fundamento da moral, nem como princípio de uma relação com os deuses” (p. 5).

... O cuidado de si é, com efeito, algo que, como veremos, tem sempre necessidade de passar pela relação com um outro que é o mestre”. Não se pode cuidar de si sem passar pelo mestre, não há cuidado de si sem a presença de um mestre. Porém, o que define a posição do mestre é que ele cuida do cuidado que aquele que ele guia pode ter de si mesmo (Foucault, 2006, p. 73).

Outra participante entrevistada tentando configurar sua própria história, significando-a, deu os seguintes contornos narrativos à sua experiência de cuidado com o outro:

Porque está escrito na bíblia: “fazeis o bem e não olhes a quem”... Fazeis o bem e atira no mar... Se os peixes ignorar, Deus saberá... Sabe minha querida... Então são essas coisas que nos conforta, nos consola, faz com que a gente ame cada vez mais... E essa sua amiga que está aqui... Nasci pra amar e querer bem... Querer bem e amar... (Florinda, 89 anos).

O discurso dessa idosa evidencia a forma como arquiteta sua vida recheada de muito amor, emoldurando-a sempre na presença constante do outro, “fazendo o bem, sem olhar a quem”. Ora, não se cuida se não houver estima, bondade e tolerância. Cuidar é um exercício generoso, de amorosidade; é uma ação desprendida, desinteressada, embora seja realizada com esmero e comprometimento. O conviver com generosidade é um exercício, por vezes, de pequenos e simples gestos, mas com expressões vitalizadas e carregadas afetivamente. Situamo-nos, pois, no terreno da sensibilidade. Cuidar é um gesto, antes de tudo ético. Exercitar o valor afetivo do cuidado é desarmar-se frente ao outro.

... E a gente sabe que tem aqueles coitados que vivem na droga... Se passar e eu estiver no jardim ou eu estiver entrando que a casa tem oitão, entrando no oitão... E a pessoa vier falar comigo uma ajuda que a sra poderia dar... Aí eu mando que aquela pessoa me espere para poder chegar lá na casa, pegar uma ajuda e mandar para aquela pessoa, não quero saber para que é? Eu quero saber que dou na intenção de ajudar... Fazer o bem e não olhar a quem... Ajudar quando necessário. Ah! Eu tou ajudando isso, não, não precisa nem dizer... Ajude ali, faça o que você puder porque Deus ele quer que nós sejamos benignos e não malignos (Florinda, 86 anos).

A solidariedade é desprendimento; é fonte de prazer que provoca contentamento; é um gesto de amor ao outro. Pautar a vida na dimensão solidária é a própria expressão de um terno viver que engrandece a beleza da vida. Alicerçar sob bases amorosa e valorativa a construção de seus relacionamentos, traduz-se na transmissão de uma mensagem de afeição para os seus, a qual permanecerá como inefável lembrança de rara beleza estética. Daí seus netos lhe presentear com placas que expressam suas impressões e a desmesura dos sentimentos nutridos pela amada avó:

Tem lá umas placas... Tem três placas lá, fixadas lá... Tem uma placa escrita por ele assim... Fixada lá na grade da nossa casa: “vovó nasceu para querer bem e amar”. Tem umas três placas dessa lá colocada ... Que ele colocou... “A casa de vovó é cheia de amor”... Foi outro neto... Então, minha filha, te digo uma coisa: eu sou uma pessoa feliz... Pra gente viver e a coisa não ser completa... Eles têm um amor por mim tão grande... (Florinda, 89 anos).

Eis o espaço para a manifestação de um transbordamento do amor e da harmonia familiar, fazendo elo entre as gerações. Serem amados invoca os netos/familiares a amá-la reciprocamente. Essa idosa resgata em si mesma a afetividade como uma possibilidade criativa e construtiva. Seu modo de ser e estar no mundo e em relação ao outro, torna o viver mais caloroso, aconchegante e significativo. Dar e receber afeto são ações constitutivas que provocam no humano, marcas indelévels.

O afeto se constituiu como um simples sentimento que nos permite acolher o outro sem impor condições para aceitá-lo na sua inteireza, no simples jeito que ele de fato é. Assim, esse outro se torna especial e importante para nós, na mesma proporção em que também nos tornamos igualmente necessários e especiais para ele. Nesse sentido, afeto é vital; é o que nos move, condiciona, dá sustentação e sentido à nossa existência. Dentre os idosos entrevistados quando questionados sobre a forma como gostariam de serem cuidados, assim expressam seus desejos:

Com carinho né? (sorri). Como todo mundo pensa que a gente não... Não quer ser... Ficar abandonada. Eu tenho uma irmã muito boa, que é como um anjo da guarda pra mim... Ela que resolve tudo, ela que marca os exames, que arruma que ajeita que resolve tudo, é meu anjo da guarda, graças a Deus. Lá em casa somos cinco, mas a outra é dentista e tem os problemas dela, tem uma filha também, o outro não está nem aqui, tá morando em São Paulo que é médico também e essa minha irmã que é médica que cuida de mim... (Vera, 71 anos).

... Minha filha eu gostaria de ser cuidada como eu cuido das pessoas (pausa)... Eu gostaria de ser cuidada como eu cuido, como eu amo como eu quero bem às pessoas; eu não quero saber se são brancas, se estão pretas, se tem condições, se não tem, eu não quero saber... Com amor, com carinho, uma coisa que a pessoa não se sentisse incomodada, tivesse paciência. Tivesse paciência porque a paciência minha querida, vence muita coisa... Agora pra gente ter essa paciência, se resignar com essas coisas, precisa que Deus nos ajude... Que a nossa força é pequenina diante disso. (Florinda, 89 anos).

O modo como lançamos o olhar para o outro e dele cuidamos com afeto é que produz fortes vínculos, finca raízes. De modo contrário, produzimos afastamento, rejeição e repulsa. Considera-se o olhar também como um discurso porque tem efetivamente o poder de comunicar sempre algo. O olhar ao mesmo tempo em que revela, conforta e acaricia, paradoxalmente, discrimina, desconforta, julga, repudia e condena. É na eloquência do olhar onde todo e qualquer sentido se manifesta. Nesse contexto, a convivialidade como sendo o lugar da interação, da construção de relações com sentido é meio pelo qual nos enredamos e nos enlaçamos na sociedade. Dessa relação se extrai o sentido de existir, ecoando nas razões para o viver.

A gente aprende com as pessoas, a gente aprende, a gente tira lições dela, então, isso enriquece a vida da pessoa, a gente não cansa de viver. Eu não entendo como é que uma pessoa cansa de viver, tendo a gente tanto o que fazer com a vida que a gente tem... (Franco, 86 anos).

A partir da vivência dos valores estéticos e criativos é que construímos a rede de sentidos e significados para o que somos, fazemos e, sobretudo, para nosso existir no mundo. Logo, os sujeitos, ao buscarem caminhos éticos para si e de partilha com o outro, que tornem sustentáveis as convivências, significaria, pois, desenvolver uma estilística para suas existências. Segundo Foucault (2006):

Devemos viver a vida de maneira tal que a cada instante cuidemos de nós mesmos e que o que encontrarmos ao termo, por certo enigmático, da vida - velhice, instante da morte, imortalidade, quer imortalidade difundida no ser racional, quer imortalidade pessoal, pouco importa -, enfim, o que deve ser obtido por meio de toda a *tékhne* que se aplica à própria vida, é precisamente uma certa relação de si para consigo, relação que é o coroamento, a completude e a recompensa de uma vida vivida como prova. A *tékhne tou bíou*, a maneira de assumir os acontecimentos da vida devem inscrever-se

em um cuidado de si que se tomou agora geral e absoluto (p. 544).

5.5. A velhice como estilística da existência

Os estudos foucaultianos acerca do cuidado de si também se concentraram na cultura helenística e romana. Este momento filosófico é também conhecido como “época de ouro” da cultura de si, constituindo-se, portanto, como o ápice do cuidado de si o qual não se endereçava ao próprio sujeito, mas passava a aparecer na teia das relações sociais. Foucault vai buscar inspiração para seus escritos no período helenístico grego e na Roma antiga porque nessas civilizações colocava-se em destaque a universalidade do cuidado que deve ser permanente e abarcar toda a vida. Além disso, nessas culturas, valorizava-se uma ética pessoal, desvinculada de um sistema de regras. Os romanos retomaram o tema do cuidado de si transformando tal imperativo ético em uma estilística da existência. A cultura de si possibilita ao sujeito estabelecer os valores de uma existência ética nas formas particulares de viver, na maneira de se comportar, nas atitudes, assim como nas práticas sociais.

Demarca-se, aqui, uma diferença fundamental em relação ao primeiro momento dos estudos – o platonismo, isto porque o cuidado de si não se endereça principalmente aos jovens, mas é visto como princípio de formação do sujeito durante a vida toda. É neste contexto que se desenvolvem as técnicas de si: tomar notas, escrever cartas, franqueza, saúde espiritual, só para citar algumas. São práticas que visam a marcar com os valores éticos, o modo de ser do sujeito.

É precisamente em decorrência dessa mudança que passa a haver uma valorização da velhice: o ancião é aquele soberano na arte de cuidar de si mesmo ou então, “tendo adquirido toda a experiência possível, o idoso será soberano de si mesmo e pode satisfazer-se inteiramente consigo” (Foucault, 2006, p. 135). O cuidado de si é uma forma particular de existir; implica sempre uma escolha de modo de vida em detrimento de tantas outras possibilidades de escolhas; é um movimento de permanente inquietude no curso da existência. Foucault (2006) ao fazer assimilação entre o filosofar e o ocupar-se consigo próprio desde a juventude à velhice, diz-nos:

... Vemos que o objetivo proposto à atividade de filosofar, de ter cuidados com a própria alma, é o alcance da felicidade; que esta atividade de ter cuidados com a própria alma deve ser praticada em todos os momentos da vida, quando se é jovem e

quando se é velho. Entretanto, com duas funções diferentes: quando se é jovem trata-se de preparar-se para a vida, armar-se, equipar-se para a existência; e no caso da velhice, filosofar é rejuvenescer, isto é, voltar no tempo ou, pelo menos, desprender-se dele, e isto graças a uma atividade de memorização que, para os epicuristas, é a rememoração dos momentos passados (p.108-109).

Do exposto até aqui, vimos, portanto, que Foucault, em seu projeto filosófico, remonta à Antiguidade clássica para encontrar na cultura greco-romana a invenção política de uma subjetivação ética e estética do governo voluntário de si por sujeitos livres. Como o indivíduo pode constituir-se enquanto sujeito e conduzir-se de forma diferente. Quando se fala em constituição de si mesmo como sujeito moral não há como deixar de se falar em “modos de subjetivação” ou “práticas de si”.

As práticas de si constituem a luta, a resistência contra as práticas de sujeição e dominação que perpassam a nós mesmos e à sociedade. E, nesse contexto, a liberdade seria uma prática ético-política de invenção de novos modos de subjetivação. Assim, concebe-se o sujeito como algo que se produz, forma-se e que inventa constantemente a si próprio no cuidado e nas práticas de si. A partir dessa compreensão desenvolve a noção de uma ética ligada à estética, “isto é, a maneira pela qual o indivíduo deve constituir tal parte dele mesmo como matéria principal de sua conduta moral” (Foucault, 1985, p. 27). É por meio de problematizações que o indivíduo constitui a si mesmo como sujeito moral, condição esta que também está intrinsecamente relacionada aos acontecimentos históricos.

Contempla-se em Foucault (1985) que o trabalho ético efetuado sobre si torna o próprio comportamento em conformidade às regras e aos códigos como também para tentar transformar-se a si mesmo em sujeito moral de sua própria conduta (p. 28). Voltar-se sobre si mesmo é um trabalho ético; trata-se de um imprescindível ato reflexivo sobre as próprias ações; é um modo particular de subjetivação.

Para finalizar este capítulo, após essa minuciosa análise das narrativas dos participantes entrevistados, acredita-se ser interessante tecermos algumas reflexões. Não hesito primeiro em deixar de realçar a consonância de nosso pensamento com os escritos foucaultianos quando examinam a velhice como refúgio, momento positivo e de plenitude da relação consigo mesmo; tempo de voltar-se para si, do gozo de si; uma

forma ética e estética de existência atrelada ao conjunto de relações sociais que atravessam o sujeito idoso. O cuidado de si desemboca numa questão de natureza ético-relacional.

Quando se está velho, é preciso ocupar-se com o domínio de si. Ocupar-se com domínio de si não significa ler as crônicas dos historiadores que contam as façanhas dos reis. É muito mais: vencer as próprias paixões, estar firme diante da adversidade, resistir à tentação, fixar-se como objetivo o próprio espírito e estar preparado para morrer (Foucault, 2006, p. 331).

Este estudo nos permitiu abrir perspectivas do envelhecer não como um caminho para as trevas, privações, segregação, tristeza, desolação ou condenação ao ostracismo, mas para a abertura de novos horizontes de estilos de vida e de estéticas outras sempre possíveis no campo da criatividade. Isto apesar não só de seus próprios processos de adoecimento, mas também de nossa cultura fomentar, alardear e fazer circular discursos que promovem o estigma e a aversão ao envelhecimento.

Posto que a vida não nos foi confiada já pronta e feita, temos, pois, dever de realizar algo, de ter razões para o nosso viver. Tomar a velhice nesta pesquisa como obra de arte ou o próprio curso da vida como aquarela numa atmosfera policromática, traduz-se por mesclá-la com tintas, descortinando a beleza de suas faces encantadas. Mas, a vida em sua diversidade e temporalidade não é definitivamente bela nem boa para todo e sempre; tudo é efêmero, tem um caráter provisório e nos conduz em direção à passagem inexorável do tempo rumo ao final de nossa jornada.

As falas dos idosos refletiram seus modos de ser e estar no mundo. Pôde-se extrair e constatar das entrevistas a sabedoria acumulada, a arte do viver com intensidade, o aprendizado sempre continuado de inúmeras lições. Atribuíram sentidos às suas experiências do envelhecer atravessadas pelo adoecer; enfrentaram eventos contingentes, períodos de turbulência marcados pela dor e sofrimento, entretanto, puderam acolhê-los sem resignação; estavam abertos e disponíveis à renovação e ressignificação de suas existências. Deixaram registrada a mensagem de que a vida pode, sim, ser transformada em obra de arte e que suas velhices constituem-se como um tempo de coroamento do vivido.

Vale lembrar que nem todos os idosos conseguem experimentar a velhice em sua face positiva, quer seja pelo fato de se terem descuidado da tarefa de cuidar de si e do outro, quer por inevitáveis condições adversas. Pressupõe-se, porquanto, que o sentido daquilo que fizemos a nós mesmos, aos outros e ao mundo produz magia, encantamento ao existir e garante sustentação à nossa história. Tudo se insere no próprio movimento de historicidade, o qual cede espaço às múltiplas possibilidades de constituição do sujeito historicamente situado e culturalmente determinado.

Pode-se, então, depreender que se morre como se vive. Com a alegria e o amor semeados, construímos e edificamos uma base ética e digna para nosso existir, daí estarmos abertos ao universo das infinitas possibilidades de reinvenções de si com o outro. A construção do que outrora foi realizado dá sustentabilidade e beleza ao envelhecer; os valores alicerçados podem garantir o colorido da vida até o dia em que ela, enfim, descolorirá - com a morte.

Tu tens um medo: acabar.

Não vês que acabas todo o dia.

Que morres no amor. Na tristeza. Na dúvida. No desejo.

Que te renovas todo o dia.

No amor. Na tristeza. Na dúvida. No desejo.

Que és sempre outro. Que és sempre o mesmo.

Que morrerás por idades imensas.

Até não teres medo de morrer.

E então serás eterno.

(Cecília Meireles)

“TRANSITORIEDADE DA BELEZA”

*Por fim a morte pálida com sua mão gelada
Com o tempo acariciará teus seios;
O belo coral de teus lábios empalidecerá
A neve de teus mornos ombros será fria areia
O doce piscar de teus olhos/ o vigor de tua mão
Por quem caem/ cedo desaparecerão
Teu cabelo/ que agora tem o tom do ouro
Os anos farão cair, uma comum madeixa
Teu bem-formado pé/ a graça de teus movimentos
Serão em parte pó/ em parte nada e vazio.
Então ninguém mais cultuará teu esplendor agora divino
Isso e mais que isso por fim terá passado
Só teu coração todo o tempo durará
Porque de diamante o fez a Natureza⁴².*

Hofmann Von Hofmannswaldau, Christian

⁴² Poema do século XVII extraído do livro: A solidão dos moribundos: seguido de “Envelhecer e Morrer”. Norbert Elias (2001). Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vida tem sons que pra gente ouvir

Precisa aprender a começar de novo

É como tocar o mesmo violão

E nele compor uma nova canção

(Roupa Nova)

Antes, porém, de enunciar quaisquer outras palavras, gostaria de lembrar que vivemos numa cultura contemporânea que valoriza arduamente o mito do belo, o vigor, a performance, o saudável, a vitalidade e a exaltação da eterna juventude. As práticas discursivas e sociais atribuem à velhice valores negativos: decrepitude, improdutividade, nostalgia, obsoletismo, degeneração, doenças e perdas. Todas essas representações sociais com atributos negativos atravessaram a história do Ocidente.

Dar vez/lugar aos idosos numa cultura capitalista e hedonista marcada pela desvalorização da velhice constitui-se como algo peculiar e relevante, ainda mais quando esse envelhecer está circunscrito por condições crônicas de adoecimento e esse sujeito perde o seu valor pela não produção e, sobretudo, por ser portador de uma doença incapacitante que fatalmente evoluirá, conduzindo-o à morte.

O que norteou a escolha do problema da presente tese de doutorado adveio da minha experiência clínica e hospitalar à época em que trabalhava como psicóloga da equipe de Geriatria e Gerontologia num hospital privado de grande porte, no Recife. O interesse partiu, portanto, não apenas por razões práticas do vivido, mas antecedeu a isso no sentido de se alinhar a tendências e preferências pessoais no desejo de conhecer bem de perto e em caráter de aprofundamento a realidade sobre esse objeto específico circunscrito: velhice, adoecimento, modalidades de intervenção terapêutica (distanásia/ ortotanásia) e finitude.

A inquietação advinda da prática clínico-hospitalar com idosos convocava-me à reflexão sobre o modo como esses sujeitos estavam implicados subjetivamente em seu processo de envelhecimento conjugado à experiência do adoecer e iminência do morrer e da morte. Remetíamos-nos, pois, às situações de fragilização, vulnerabilidade da existência; transitoriedade do viver. Não obstante, quanto mais me aproximava da

temática da morte com os idosos por mim atendidos e com aqueles entrevistados nessa pesquisa, tanto mais percebia uma vida pulsante, que transbordava no ímpeto de a ela atribuir valor e significações. Tentavam celebrar aquilo que lhes era bom, que os tornavam pessoas felizes, ainda que este movimento sinalizasse, de alguma forma, tessitura para agasalhar as intempéries e tristezas profundas pelas quais atravessavam.

Inexoravelmente sofriam, no entanto, buscavam a superação das dores, abriam-se às perspectivas de construção de novos projetos, de outras possibilidades vivenciais que não cessavam de se inscrever, revelando, contudo, que não estavam apenas querendo tamponar seus sofrimentos, medos e angústias. Dispuseram-se a falar desses sentimentos com toda a carga dramática, melancólica e até nostálgica. Tempos que exigiam mudanças, administração de conflitos, novas adaptações e rearranjos existenciais.

A percepção ou proximidade da finitude os impelia a um impulso de viver com sentido. Impunha-se a necessidade de conferir à vida um sentido e significado; algo que justificasse o fato de estarem vivos sendo responsáveis pelas suas existências e também das outras pessoas que os circundam, apesar de todos os mistérios insondáveis e das muitas surpresas, por vezes desagradáveis e desesperadoras pelas quais se depararam no transcurso do existir.

Importante realçar que adotamos, nesta pesquisa, uma postura crítica e política. A proposta não tinha o caráter universalista, de generalização dos resultados, mas tão somente compreender os processos de subjetivação dos idosos atravessados pela doença e pela possibilidade iminente do morrer. Para isso, fez-se necessário escutá-los. A partir do lugar de pesquisadora, pude apreender de suas narrativas que poderíamos situar a velhice no campo da estética e das estilizações da existência, prática que estava em consonância com referenciais éticos para si mesmos e para o outro. Os idosos entrevistados procuravam recriar e reinventar suas próprias velhices, conferindo à vida um estilo particular, tal como uma verdadeira obra de arte.

Logra-se o intento de assinalar que em absoluto, não se trata propriamente de concluir nada, mas de ceder espaço para novos olhares e ulteriores discussões. Desse modo, este trabalho não tem nem de longe a pretensão de ser uma verdade absoluta. Nessa direção, se procurarmos entender, como Foucault, que as ideias, os métodos,

discursos, conceitos e teorias são mutáveis, logo, estão em constante processo de transformação, adquirindo, por conseguinte, diferentes sentidos e uma abertura para multiplicidade dos possíveis. Isso, por si só, leva-nos a considerar que tudo até aqui esboçado jamais pode intentar ser conclusivo no sentido de encerramento.

Em contrapartida, apenas procurou mostrar uma possibilidade de abordagem dentre tantas outras facetas existentes, dada à complexidade e amplitude de abrangência do fenômeno da velhice associado ao adoecimento. Pois bem, sob esse ângulo, justo na hora em que é chegado o momento de tecer algumas reflexões finais a respeito deste estudo, remonta-se precisamente de onde o iniciamos, ou seja, a partir da música Aquarela, destacando, portanto, a última estrofe: *“Numa folha qualquer eu desenho um sol amarelo (que descolorirá)... E com cinco ou seis retas é fácil fazer um castelo (que descolorirá)... Giro um simples compasso e num círculo eu faço o mundo (que descolorirá)”*.

Embalados ao som dessa linda canção, ou melhor, desta verdadeira poesia “musicalizada”, somos arrebatados à percepção de uma grande metáfora, na qual início e fim se encontram, ou seja, tudo aquilo que outrora começou, pede passagem para terminar, caracterizando a sublime efemeridade das coisas, do existir e da vida. Nada é definitivo, robusto e imutável perpetuamente. Assim, o singelo caráter do provisório anuncia que tal como a pintura aquarela, tudo perde seu brilho, sua expressão, luminosidade, descolore, sucumbe e morre. O tempo inevitavelmente transcorrerá e, nessa dança da vida, está a morte à espreita a nos esperar. A propósito, sabiamente nos alerta Rocha (2001):

Eu, porém, continuo pensando que a melhor maneira de viver é estar sempre preparado para morrer, pois é na morte que a vida adquire sua complementação definitiva. A morte não é a negação da vida, mas o seu momento mais significativo, o momento da grande síntese, na qual nos é finalmente revelada a nossa verdadeira face, aquela que, quase sempre, vive escondida dos nossos próprios olhos, porque nós a encobrimos por debaixo de tantas máscaras nas quais nos alienamos, tornando-nos aquilo que não somos, estranhos a nós mesmos e enigmáticos uns para com os outros (p. 27).

Sendo nossa existência transitória, faz-nos lembrar de quão breve e efêmera pode ser a vida, cujo limite de duração vai desde apenas o brilhar instantâneo, fugaz de um relâmpago no céu até a persistente renovação das flores na primavera ou das folhas

no outono, a cada estação do ano. Eis o grande segredo do viver com sentido: a capacidade de recompor, renovar, reflorescer, de se abrir a novos recomeços e novas aprendizagens sempre de forma contínua e inacabada. Trata-se, em suma, das constantes e ininterruptas reinvenções ético-estéticas de si mesmo.

Outro aspecto importante a realçar é que a vida pode subitamente interromper-se e a morte chegar, impiedosamente, de improviso quando menos esperamos. Não estamos preparados para essa interrupção abrupta do viver. Entretanto, sabemos que a morte com toda a sua dimensão enigmática, sombria, desalentadora e por vezes traiçoeira, está sempre aos nossos arredores para encobrirmo-nos, a qualquer instante, com seu manto misterioso. A finitude representaria, pois, a cessação do ciclo evolutivo, enuncia o fim de nosso percurso existencial no mundo.

Como viajante do tempo, o homem está sempre passando e, à medida que passa, vai dizendo adeus às pessoas, aos lugares e às coisas, e abrindo novos caminhos nas estradas da vida. A morte é o último desses caminhos. O caminho derradeiro da derradeira viagem... A morte é a companheira inseparável de todas as nossas estradas e nos acompanha, desde o primeiro momento da vida, com a incansável e imperturbável persistência de uma sombra (Rocha, 2001, p. 26).

A morte apesar de parecer distante, não obstante, pode nos surpreender. Somos invariavelmente condenados a conviver com sua sombra. Indubitavelmente não estamos imunes ao destino finito de todo e qualquer ser vivente. Morrer é algo inelutável e inescapável; não está em meio aos nossos planos porque sempre temos ainda algo a fazer, projetos a realizar. É no cerne desta provisoriedade e incompletude que tencionamos esforços para dar sentido e estética à jornada da vida. Exatamente por isso que reafirmamos: a vida deve ser vivida de forma intensa e em toda a sua plenitude.

A partir desta lógica de compreensão, conforme ensinamento foucaultiano, a velhice caracteriza-se como o grande momento de sabedoria, realizações, práticas das virtudes, de se desfrutar com intensidade essa plenitude, o gozo consigo mesmo e a soberana liberdade de ser e existir. No declive do tempo, os anos passam, mas a velhice não chega para todos. O passado jamais retorna, por isso, deve-se viver no tempo presente, conquanto que aspiremos também o incerto porvir. Contentemo-nos, pois, com o tempo que temos a viver.

Lembremos, oportunamente, do *Carpe Diem*: “é preciso viver como se não houvesse o amanhã”, “colha o dia”, aproveite cada momento no presente como se fosse o último, pois o ontem já foi, embora não mais exista, deixa seus rastros, marcas indeléveis passíveis de recordações, saudades e o amanhã pode não existir. Paradoxalmente, o absoluto e inevitável cessar do viver nos propulsiona a buscar com inefável alegria, um sentido para a vida. É muito difícil vivermos sem sentido, não vale a pena. Tendo em vista essa transitoriedade, por sua vez, faculta o sentido à nossa existência.

Do exposto, pretendia-se, pois, ao iniciar essa pesquisa, debruçar-se sobre o debate da finitude em idosos portadores de doenças graves, sem perspectivas curativas. Instigava-me o fato de, por um lado, a população brasileira estar envelhecendo em ritmo progressivo, enquanto que, por outro, a maioria desses idosos, na atualidade, não está morrendo de forma digna e no momento certo (ortotanásia) isto porque são vítimas de uma prática médica notadamente marcada pela obstinação terapêutica (distanásia) que promove a procrastinação dolorosa do processo de morrer.

O exponencial aumento da longevidade também se reflete nos serviços hospitalares, portanto, os cuidados de saúde prestados aos idosos, sobretudo àqueles que apresentam condições crônicas do adoecer e o manejo da terminalidade de vida passam a ser, nos dias atuais, uma questão prioritária e urgente. Daí se justifica a pertinência e o interesse pelo tema. A ideia norteadora era ampliar a discussão acerca das modalidades de intervenção ante o final da vida: distanásia e ortotanásia.

Almejava-se, prioritariamente, oferecer subsídios para enfrentar um grande desafio: lutar por um paradigma no qual estivesse em pauta evitar o sofrimento com o prolongamento desnecessário da vida por meio de recursos terapêuticos, tratamentos fúteis e procedimentos desproporcionais que não trazem potencial de benefício, oferecendo, em contraposição, a possibilidade de humanização na assistência, ou seja, os cuidados paliativos. Pelo viés da ortotanásia, a morte inevitável não é postergada, podendo os idosos vivenciá-la com dignidade. O foco seria a prevenção do sofrimento desencadeado pelas perdas múltiplas associadas às doenças crônicas com prognóstico ruim que fatalmente os levariam à morte, porém, sem determinação temporal.

Vale lembrar que os profissionais de saúde devem pautar suas práticas sempre no cuidar e não no tratar a doença, realizando intervenções terapêuticas sem que haja

possibilidade razoável de o paciente ser de alguma forma beneficiado. É fundamental que haja limite de tratamento e não abandono terapêutico e isso, imprescindivelmente, envolve juízo de valor e conduta ética profissional.

Nessa perspectiva, desenhava-se a proposição de tencionar as lógicas do “fazer viver” (obstinação terapêutica) e do “deixar morrer” (ortotanásia/cuidados paliativos) em paz e com dignidade. Dito isso, a proposta deste trabalho inicialmente era analisar os discursos de idosos hospitalizados com doenças crônicas irreversíveis, sobre finitude, obstinação terapêutica e palição. Todavia, quando abrimos o espaço para escutá-los, o que encontramos nas narrativas produzidas foram circunscrições dos modos particulares de se subjetivarem ante o adoecer, o envelhecer, a vida e o morrer.

Dos caminhos trilhados nessa tese com os sucessivos desdobramentos das articulações e problematizações aos quais propusemos, permitiu-nos situar a velhice no campo da ética, da estética e das estilizações da existência. Tudo isso a despeito não apenas das doenças crônico-degenerativas que acometeram os idosos participantes, mas também de toda sorte dos acontecimentos fortuitos que provocaram dor e sofrimento. Procuramos olhar a velhice pelo viés das artes de viver sustentadas pelo cuidado de si que passa também pelo imperioso cuidar do outro, haja vista que não passamos incólumes à presença de outrem, daqueles que se acercam de nós mesmos.

Sob esse prisma, pudemos apreciar, nas narrativas dos idosos entrevistados, o modo singular de produzir suas existências, de posicionarem-se perante a vida e a morte. Não esqueçamos que a produção de tais modos de subjetivação frente à experiência do adoecimento e da finitude são pautados num modelo ético-estético e político. Buscavam inventar a si próprios como uma obra de arte, construindo e conferindo à vida um estilo particular. Inegavelmente, isto exige uma longa prática de si consigo e um árduo trabalho ético realizado com esmero por esses sujeitos.

Do universo dos idosos pesquisados, todos são portadores das doenças de natureza grave, incurável que ameaçam a continuidade da vida, inexoravelmente podendo levá-los à morte. Estamos falando, pois, de terminalidade que nada tem a ver com tempo cronológico (dias/meses/anos), mas com o conceito de enfermidade grave em processo de progressão, seguindo o seu curso natural, produzindo os sintomas e as inevitáveis intercorrências clínicas que os conduzem à hospitalização. Quando a doença

acomete um determinado sujeito, produz uma melodia única com sons e tons diferentes para aquele que a vivencia.

As mais diversas doenças podem até repetir-se em pacientes idosos, no entanto, a forma como cada um deles vai lidar com o processo de adoecimento é que demarca as possíveis diferenças. Entra em cena a singularidade. O modo de enfrentar e experienciar o adoecer é único, o sofrimento é absolutamente singular, cada um carrega em si suas próprias dores e as administra da forma que pode ou que melhor convém.

No contexto das narrativas produzidas pelos idosos, nesta pesquisa, não se observou por parte deles a preocupação quanto ao fim de vida nem tampouco em relação à forma como desejariam morrer: se por práticas terapêuticas obstinadas associadas aos equipamentos e recursos tecnológicos (distanásia) ou se prefeririam intervenções que visassem à humanização do cuidado na proximidade da finitude (palição).

Outrossim, acreditamos que a doença mobilizou esses idosos para a potência de vida, logo, puderam redimensionar suas próprias existências, relembrar o vivido; ressignificar suas histórias biográficas inscritas; reinventando os modos de viver e, assim, seus desejos, projetos potencialmente adquiriram diferentes formas de expressão e contornos. Estavam simplesmente ocupados em “ser”. Tendo isso em vista, tentava-se apreender os possíveis modos de subjetivação a serem estilizados, nos discursos proferidos por cada um deles. As insígnias inventivas e criativas eram produzidas mediante determinados estilos e modos peculiares de vida.

Foi então que nos aproximávamos cada vez mais da configuração de uma ética, estética e estilização do envelhecimento. A partir das formas diversas de existencialização, os idosos entrevistados procuravam re(criar) e re(inventar) suas próprias velhices. Desse ângulo, procurava-se olhar para a velhice como uma estilística da existência, considerando a possibilidade da constante invenção da vida. Invenção essa pautada por valores éticos e estéticos.

Da vida nada se pode levar; pode-se deixar como registro, o legado de todas as sementes que plantamos e germinamos ao longo de nossa caminhada. Cultivamos, semeamos e colhemos: alegrias, boas histórias, carinho, dedicação, afeto, cuidado,

respeito, ternura, generosidade. Para que tenhamos um solo fértil, deve-se, sobretudo, primeiro escolher com cuidado ao longo da vida, a demarcação do terreno no qual fincaremos e alicerçamos as bases. Do contrário, se não nos ocuparmos com a plantação e a semeadura de boas sementes, os frutos desta colheita podem vir carregados das intempéries desastrosas, as quais comprometerão significativamente o potencial produtivo e frutífero na safra das relações alteritárias. Com esta metáfora da agricultura, alerto que o sucesso ou não do plantio, dependerá, a rigor, de nossas próprias ações e condutas.

Um ciclo de emoções imprevisíveis está sempre se ensaiando para descortinar a beleza ímpar da vida em toda sua diversidade e temporalidade. A vida é passageira não sabemos o que vai acontecer. O futuro imaginado constitui-se apenas como uma projeção de paisagens que deslizam sempre para o campo das incertezas. Esse desconhecido embora promova desassossego nos põe diante da necessidade de conferir à vida um sentido. O próprio viver é também morrer. Há muitas formas de morrer, assim como há muitas mortes em vida, ainda que não nos tenhamos dado conta ou recusemos a constatação de tal fato.

A vida pulsa em direção ao final do percurso. A velhice perpassada pelo adoecimento crônico e grave que coloca o sujeito na iminência da morte interpõe um abismo fugidio no qual tudo pode acontecer. É no âmago de uma sociedade normalizadora, de controle e vigilância que a difusão das relações de poder do tipo disciplinar se constituem como vetores de força que objetivam o adestramento e a governabilidade da vida com vistas, sobretudo, à contenção do adoecimento e até escamotear a própria finitude. Contudo, os idosos entrevistados escolheram experienciar suas velhices como uma ética e uma estética da existência e não como assujeitados aos ditames sociais difundidos, aos discursos médicos ou às práticas de saúde como estratégias políticas de gestão e governo da população humana.

Para finalizar, faz-se referência novamente à música Aquarela porque nos remete ao terreno da imaginação e da poesia. Considera-se, aqui, ser mais leve e suave falar da morte de forma poética, pontuando que o infinito se estende à nossa frente e, na sucessão inalcançável do tempo, os momentos vindouros são como universo de possibilidades. O futuro, tempo das previsões, é uma história do que ainda não foi e não se sabe como será. Se não há narrativa não é possível expressar acontecimentos, ideias e

sentimentos. É uma linguagem que não se pode empregar. Mas, nossa história continua se não passível de ser contada ao menos retratada em versos que abrem espaço para novas reflexões:

Nessa estrada não nos cabe conhecer ou ver o que virá
O fim dela ninguém sabe bem ao certo onde vai dar
Vamos todos numa linda passarela
De uma aquarela que um dia enfim
Descolorirá...

A vida fervilha, no entanto, se esgota e encontra no seu extremo, o vazio da morte. Somos marcados pela contingência de nosso limite existencial. Entra em cena a sutil percepção de que a morte é constitutiva de singularidade e como tal nos conduz à abertura para a criatividade. Oferecendo-nos, pois, um olhar diferenciado que evocará novo regime discursivo, o qual se abre à tarefa de infinitos recomeços de outras linguagens: “a morte abandonou seu velho céu trágico e tornou-se o núcleo lírico do homem: sua invisível verdade, seu visível segredo” (Foucault, 1998, p. 197).

“A vida é um palco de teatro que não admite ensaios. Por isso, cante, chore, ria, antes que as cortinas se fechem e o espetáculo termine sem aplausos”.

Charles Chaplin

REFERÊNCIAS⁴³

- Alves, R. (1991). Prefácio: *a morte como conselheira*. In: Cassorla, RMS. *Da morte: estudos brasileiros*. Campinas: Papyrus.
- Alves, R. (2003). *Sobre a morte e o morrer*. Texto publicado no jornal Folha de São Paulo, Caderno Sinapse do dia 12/10/03.
- ANCP. Sobre a ANCP - *O que são os Cuidados Paliativos?* [acesso em 26 de julho de 2010]. Disponível em: www.paliativo.org.br.
- Amparo, C. (2004). *Caminhos e Caminhantes*. Recife: Bagaço.
- Angerami-Camon, V. A. (org.) (2010). *Psicologia Hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Cengage Learning.
- Ariès, P. (1989). *O Homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Ariès, P. (1990). *O Homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. Vol II.
- Ariès, P. (2012). *História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Barreto, F. J. T. (2010). A morte e o morrer: a assistência ao doente terminal. In: Mello-Filho, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Beauvoir, S. (1990). *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Birman, J. (1996). *Por uma Estilística da Existência: Sobre a psicanálise, a modernidade e a arte*. São Paulo: Ed. 34.
- Birman, J. (2000). *Entre cuidado e saber de si: sobre Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Birman, J. (2007). *A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura*. Revista História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro, Manguinhos, v.14, n.2, p.529-548, abr./jun.
- Birman, J. (2014). Medicalização e sociedade: efeitos de cultura, efeitos de sujeito. In: *Medicação ou Medicalização?* São Paulo: Primavera Editorial.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis/RJ: Vozes.
- Bourdieu, P. (1982). *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva.

⁴³ De acordo com o estilo da APA- American Psychological Association

- Brasil (2013). *Código Penal Brasileiro de 1940*. Artigos 121 e 135. In: VADE mecum. 16 ed. São Paulo: Saraiva.
- Burlá, C. (2006). Palição: cuidados ao fim da vida. In: Freitas, E. et all. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1079-1089.
- Burlá, C. (2010). *Cuidados paliativos e fim de vida*. Folha de São Paulo. [acesso em 02 de junho de 2010]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz0206201008.htm>.
- Burlá, C. & Py, L. (2014). *Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(6):1-3, jun.
- Camarano, A. (2006). *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p. 88-105.
- Carvalho G. M. (2001). *Aspectos jurídico-penais da eutanásia*. São Paulo: IBCCRIM; p.115.
- Carvalho, D. B. (2013). *Psicologia da saúde crítica no contexto hospitalar*. Psicologia: Ciência & Profissão, 33(2), 350-365.
- Cassorla, M. S. (org). (1991). *Da morte: Estudos brasileiros*. Campinas, São Paulo: Papyrus.
- Cassorla, R.M.S. (2009). A negação e outras defesas frente à morte. In: *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. Org. Franklin Santana dos Santos. São Paulo: Editora Atheneu, p.59-76.
- Castro, E. (2009). *Vocabulário de Foucault: Um Percurso pelos seus Temas, Conceitos e Autores*. (I. M. Xavier, Trad.) Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Castro, E. & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. In: *Psicologia Ciência & Profissão*, 24 (3), p. 48-57.
- Cordioli, A. V. (org) (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.
- CFM (2010). *Câmara Técnica sobre a terminalidade da vida e cuidados paliativos*. [acesso em 16 de julho de 2010]. Disponível em: www.portalmedico.org.br.
- CFM (2006). *Resolução CFM nº 1.805/06*. [acesso em 11 de novembro de 2014]. Disponível em: www.portalmedico.org.br.
- CFM (2010). *Código de Ética Médica – resolução CFM nº 1.931/2009*. Brasília.

- CFM (2010). *Sexto código de ética médico brasileiro*. [acesso em 03 de agosto de 2010]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br>.
- Dastur, F. (2002). *A morte: ensaio sobre a finitude*. Rio de Janeiro: DIFEL, 126p.
- D' Assumpção, E. A. (2011). *Sobre o viver e o morrer: manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e os que ficam*. Petrópolis: Vozes.
- Deleuze, G. & Parnet, C. (1994). *O Abecedário de Gilles Deleuze*. Disponível em: <http://stoa.usp.br/prodsubjeduc/files/262/1015/Abecedario+G.+Deleuze.pdf>. Acesso em 01 de agosto 2016. Versão digital: <http://www.oestrangeiro.net>. Paris: Éditions Montparnasse.
- Diaz, E. (2012). *A Filosofia de Michel Foucault*. (C. Candiotto, Trad.). São Paulo: Editora Unesp.
- Dreyfus, H & Rabinow, P. (2013). *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Trad. Vera Portocarrero e Gilda Gomes Carneiro. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos. Envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Esslinger, I. (2004). *De quem é a vida afinal? Descortinando os cenários da morte no hospital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira Neto, J. (2008). A Experiência da Pesquisa e da Orientação: uma Análise Genealógica. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 20, n.2, p. 533-546.
- Ferreira Neto, J. (2010). Promoção da saúde: uma discussão teórico-metodológica a partir de Foucault. In Lima, E.; Ferreira Neto, J. & Aragon, L. *Subjetividade Contemporânea* (pp.43-60). Curitiba: Ed. CRV.
- Ferreira Neto, J. (2015). Pesquisa e Metodologia em Michel Foucault. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. jul-set, vol. 31, n. 3, pp. 411-420.
- Figueiredo, L. C. (2014). A fantasia de medicalização: suas origens, sua força e suas implicações. In: *Medicação ou Medicalização?* São Paulo: Primavera Editorial.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Fonseca, J. (2004). *Luto antecipatório*. São Paulo: Editora Livro Pleno.
- Foucault, M. (1984). *História da Sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

- Foucault, M. (1985). *História da Sexualidade III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1985). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (1988).). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1996). *A Ordem do Discurso*. São Paulo: Loyola.
- Foucault, M. (1998). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2002). *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2003). Poder e saber. In: M. Foucault & M. B. Motta (Ed.), *Ditos & escritos, estratégia, poder-saber* (pp. 223-240). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2006). *A Hermenêutica do Sujeito*. Curso dado no College de France (1981-1982). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010). Aula de 17 de março de 1976, *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010). *Crise da medicina ou crise da antimedicina*. Revista Verve, n.18, p.167-194,
- Foucault, M. (2012). *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Fischer, R. M. B. (2001). Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*,114, p. 197-223.
- Gambini, R. (2005). A morte como companheira. In: M. F. Oliveira & M. H. Callia (orgs.). *Reflexões sobre a morte no Brasil*. São Paulo: Paulus, p. 135 – 146.
- Goldfarb, D. C. (1998). *Corpo, Tempo e Envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Heidegger, M. (2000) *Ser e Tempo*. Coleção Pensamento Humano. Partes I e II. Petrópolis: Editora Vozes.

- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013) disponível em <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&idnoticia=2455&busca=1&t=populacao-brasileira-deve-chegar-maximo-228-4-milhoes-2042>, acessado em 10.11.2013.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014) disponível em <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2773>, acessado em 02.10.2014.
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Jecker, N. S. & Schneiderman, L. (1993). *Medical futility: the duty not to treat*. *Camb Q Healthc Ethics*. 2 (2):151-9.
- Kastenbaum, R. & Aisenberg, R. (1983). *Psicologia da morte*. São Paulo: Editora da USP.
- Kovács, M. J. (1991). Pensando a morte e a formação do psicólogo. In: CASSORLA, R.M.S. *Da morte: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2003). *Bioética nas questões da vida e da morte*. *Psicologia USP*, v. 14, nº 2, São Paulo. [acesso em 19 de novembro de 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
- Kovács, M. J. (2013). Educação para a morte: desafios e reflexões. In: *Amigos solidários na dor do luto*. Rio de Janeiro. Publicado em 19 de junho.
- Kubler- Ross, E. (1969). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo, Martins Fontes.
- Kubler- Ross, E. (1996). *Morte: Estágio Final da Evolução*. Rio de Janeiro: Record.
- Lepargneur, H. (1986). *Lugar atual da morte: antropologia, medicina e religião*. São Paulo: Paulinas.
- Luft, L.(2004). *Perdas e Ganhos*. Rio de Janeiro: Record.

- Maciel, M. (2009). Organização de serviços de cuidados paliativos. In: Carvalho, R. *Manual de cuidados paliativos/ Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic, p. 72-85.
- Machado, R. (2007). *Foucault, a ciência e o saber*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Mannoni, M. (1995). *O Nomeável e o Inominável: a última palavra da vida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Marinho, S.; Arán, M. (2011). As práticas de cuidado e a normalização das condutas: algumas considerações sobre a gestão sociomédica da “boa morte” em cuidados paliativos. In: *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 15, n.36, p.7-19, jan./mar.
- Mascaro, S. A. (1997). *O que é Velhice*. São Paulo: Brasiliense.
- Menezes, R. A. (2003). *Um modelo para morrer: última etapa na construção social contemporânea da pessoa? Campos* (3), p. 103-116.
- Menezes, R. A. (2004). *Em Busca da Boa Morte: Antropologia dos Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ.
- Menezes, R. A. (2005). A despedida do corpo: uma proposta de assistência em cuidados paliativos, In: *Mnemosine*, vol. 1, nº. 2, p. 290-313.
- Menezes, R. A. (2006). Etnografia de um hospital de cuidados paliativos. In: *Tanatologia e Subjetividades: Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Tanatologia e Subjetividades da Universidade Federal do Rio de Janeiro*, ano 1, nº 1, março.
- Messy, J. (1999). *A pessoa idosa não existe: uma abordagem psicanalítica da velhice*. São Paulo: ALEPH.
- Minayo, M. C. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. Ed. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. (2015) (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Moraes, A. (org). (2011). *Constituição da República Federativa do Brasil – de 05 de outubro de 1988*. São Paulo. Editora Atlas S. A.
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mitch, A. (1998). *O sentido da vida*. Rio de Janeiro: GMT.

- Mucida, A. (2006). *O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Neto, J. T. & Pintarelli, V. L. (2007). *À Beira do Leito: Geriatria e Gerontologia na prática hospitalar*. Barueri, São Paulo: Manole.
- Norbert, E. (2001). *A Solidão dos Moribundos: seguido de "Envelhecer e Morrer"*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Nye, R. A. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 39(2), 115-129.
- OMS. [acesso em 04 de novembro de 2009]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
- OMS. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Disponível em: www.who.int. Acesso em 10 fevereiro 2016.
- Pereira, M. E. C. (1999). *Pânico e Desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Editora Escuta.
- Pessini, L. (2001). *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola.
- Pessini, L. Barchifontaine, C. (2005). *Problemas atuais de bioética*. São Paulo: Loyola.
- Pessini & Bertachini, L. (orgs.) (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. EDUNISC-Edições Loyola, São Paulo.
- Pessini & Bertachini, L. (2006). *O que entender por cuidados paliativos?* São Paulo: Paulus.
- Pitanga, D. (2006). *Velhice na cultura contemporânea*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Pernambuco.
- Py, L. (2004). *Velhice nos arredores da morte: a interdependência na relação entre idosos e seus familiares*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Py, L. (2006). Comunicação ao fim da vida. *Prática Hospitalar*. São Paulo, ano 8, n.43, p. 110-113.
- Py, L. & Oliveira, A. C. (2006). Cena da morte, transbordamento de vida: humanizando o adeus final. In: *Tanatologia e Subjetividades: Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Tanatologia e Subjetividades da Universidade Federal do Rio de Janeiro*, ano 1, nº 1, março.

- Rocha, Z. (2000). *Os Destinos da Angústia na Psicanálise Freudiana*. São Paulo: Ed. Escuta.
- Rocha, Z. (2001). *A Morte de Sócrates: monólogo filosófico*. São Paulo: Escuta
- Rapizo, R. (2002). *Terapia sistêmica de família, da instrução à construção*. Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Schneider, Michel. (1990). *Ladrões de palavras: ensaio sobre o plágio, a psicanálise e o pensamento*. Campinas: Editora da Unicamp.
- Silverman, D. (2009). *Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações*. Porto Alegre: Artmed. 376p.
- Silva, L. B. (2005). A psicologia na saúde: entre a clínica e a política. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, v.17, nº 1, p. 79-92.
- SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia). *Fragilidade de cuidados paliativos no Brasil preocupa especialistas*. [acesso em 10 de dezembro de 2014]. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br>.
- Torres, W. C. (2000). *As perdas do paciente terminal e o luto antecipado*. *Psicologia e argumento*, v.19, n. 28, p. 7-12.
- Torres, W. C. (2003). A Bioética e a Psicologia da Saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (3), p. 475-482.
- Trentini, M.; Paim, L. (1999). *Pesquisa em Enfermagem. Uma modalidade convergente-assistencial*. Florianópolis: Editora da UFSC.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Veiga-Neto, A. (2009). *Teoria e método em Michel Foucault (im) possibilidades*. *Cadernos de Educação*. Pelotas (34): 83-94.
- Veiga-Neto, A. & Filho, A. S. (org) (2011). *Cartografias de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Veiga-Neto, A. (2013). *Foucault & a Educação*. Autêntica.
- Villas-Bôas M.E. (2006). A ortotanásia é legal ou da resolução CFM no 1.805/2006 numa visão para juristas [Postado em 14 Jan 2007]. *Evocati revista* [Online]. Disponível em: URL: http://www.evocati.com.br/evocati/interna.wsp?tmp_page=interna&tmp_codigo=97&tmp_secao=23&tmp_topico=biodireito.

WHO (World Health Organization). Programmes and projects: Cancer: Palliative Care. 2010. [acesso em 25 julho 2010]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/en> .

WHO (2011) *Palliative care for older people: better practices*. WHO Regional Office for Europe: Denmark.

WHO. *Cancer: palliative care is an essential part of cancer control*. <http://www.who.int/cancer/palliative/en> (acessado em 13/Mai/2014).

Yalom, I. D. (2008). *De frente para o sol: como superar o terror da morte*. Rio de Janeiro: Agir. p. 21 – 36.

Zola, I. (1972). *Medicine as an institution of social control*. *Sociol. Rev.*, v.4, p.487-504.

ANEXO

GLOSSÁRIO

Afásico: Sintoma neurológico caracterizado pela incapacidade de expressar-se ou interpretar a linguagem falada ou escrita.

Anemia: Diminuição da quantidade de hemoglobina no sangue. Pode ser produzida por perdas sanguíneas, por falta de ferro na dieta ou por defeitos na produção da medula óssea.

Anorexia: Perda do apetite ou do desejo de ingerir alimentos.

Arboviroses: São as doenças causadas pelos chamados arbovírus, que incluem o vírus da dengue, Zika vírus, febre chikungunya e febre amarela. A classificação "arbovírus" engloba todos aqueles transmitidos por artrópodes, ou seja, insetos e aracnídeos (como aranhas e carrapatos).

Artralgia: Dor em uma articulação.

Artrite Reumatoide: Doença inflamatória crônica, degenerativa e progressiva, que afeta as articulações móveis, principalmente dos dedos das mãos e/ou pés, provocando destruição das estruturas articulares e periarticulares. É sistêmica e, por isso, pode atingir outros órgãos.

AVC: Acidente Vascular Cerebral

Cateterismo: Exame invasivo de artérias ou estruturas tubulares (uretra, ureteres, etc.), utilizando um dispositivo interno, capaz de injetar substâncias de contraste ou realizar procedimentos corretivos.

Cefaleia: Dor originada das estruturas do crânio. Segundo suas características e sua origem podem ser classificadas em enxaqueca, cefaleia tensional, etc.

Constipação: Prisão-de-ventre; uma série de afecções como coriza, manifestações gripais, resfriado.

Constipação intestinal: Eliminação de fezes muito duras ou com um ritmo menor para uma determinada pessoa. Pode ser funcional ou devido a problemas de saúde.

Coronariopatia: É a doença das artérias do coração chamada de coronária. A necessidade em oxigênio das células do músculo cardíaco é maior que o aporte sanguíneo. Acontece em função do estreitamento das coronárias e isto diminui o

sangue na musculatura cardíaca podendo provocar o infarto do miocárdio. O sintoma é uma dor no peito por falta sangue na musculatura do coração.

Deambular: Andar; vaguear; mover; passear.

Dislipidemia: É um distúrbio nos níveis de **lipídios** e/ou **lipoproteínas** no **sangue**. É caracterizada pela presença de níveis elevados de lipídios (gorduras) no sangue. Colesterol e triglicérides estão incluídos nessas gorduras, que são importantes para que o corpo funcione. No entanto, quando em excesso, colocam as pessoas em alto risco de infarto e derrame.

Dispneia: Sensação subjetiva de falta de ar.

Hemotransfusão: É a transferência de um hemocomponente ou hemoderivado de um indivíduo (doador) a outro (receptor).

Hiponatremia: Baixa concentração do sódio no sangue.

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica. É popularmente chamada de pressão alta.

Inapetência: Ausência de apetite, de vontade de comer; anorexia.

Infarto miocárdio: É consequência da obstrução de uma artéria coronária por um coágulo de sangue sobre a placa de gordura que estava em sua parede, impossibilitando assim, que uma quantidade suficiente de sangue chegue até aquela área do músculo cardíaco.

Mialgia: Dor que se origina nos músculos. Pode acompanhar outros sintomas como: queda no estado geral, febre e dor de cabeça nas doenças infecciosas. Também pode estar associada a diferentes doenças imunológicas.

Neoplasia: Também denominada **tumor**, é uma forma de proliferação celular não controlada pelo organismo, com tendência para a autonomia e perpetuação. A palavra "neoplasia" vem do grego (neo = "novo" e plasis = "crescimento, multiplicação celular"). As neoplasias podem ser **benignas** ou **malignas**, de acordo com o seu potencial de causar danos ao indivíduo.

Sarcopenia: É uma condição médica que se refere à perda degenerativa da massa muscular esquelética e da coordenação, geralmente como resultado do processo de envelhecimento.

Sepse: Infecção produzida por um germe capaz de provocar uma resposta inflamatória em todo o organismo. Os sintomas associados à sepse são febre, hipotermia, taquicardia, taquipneia e elevação na contagem de glóbulos brancos. Pode levar à morte, se não tratada a tempo e corretamente.

Stente: É uma pequena prótese em formato de tubo que é colocada no interior de uma artéria para evitar uma possível obstrução total dos vasos.