

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUTEUCIONAL

DANIELA ROSA CACHAPUZ

**TODO MUNDO SE QUEBRA DE VEZ EM QUANDO:
UM ESTUDO SOBRE OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO EM IDOSAS
HOSPITALIZADAS POR FRATURA DE FÊMUR**

Porto Alegre

2010

DANIELA ROSA CACHAPUZ

**TODO MUNDO SE QUEBRA DE VEZ EM QUANDO:
UM ESTUDO SOBRE OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO EM IDOSAS
HOSPITALIZADAS POR FRATURA DE FÊMUR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Antonio Carlos

Porto Alegre

2010

DANIELA ROSA CACHAPUZ

**TODO MUNDO SE QUEBRA DE VEZ EM QUANDO:
UM ESTUDO SOBRE OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO EM IDOSAS
HOSPITALIZADAS POR FRATURA DE FÊMUR**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUTEUCIONAL

Dissertação apresentada para apreciação e parecer da banca examinadora

Membros da Comissão Examinadora

Professor Dr. Johannes Doll (Faculdade de Educação - UFRGS)

Professora Dra. Jaqueline Tittoni (PPGPSI - UFRGS)

Professora Dra. Sueli Souza dos Santos (Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo estudar o processo de subjetivação em mulheres com sessenta anos ou mais hospitalizadas na Linha de Cuidado do Trauma do Idoso no Hospital Cristo Redentor na cidade de Porto Alegre/RS. O campo conceitual abordou os temas envelhecimento, trauma físico e hospitalização, buscando problematizá-los a partir da noção de subjetivação em Foucault e do conceito de dobra em Deleuze: fios condutores para pensar os processos de subjetivação ao longo do estudo. Para compreender o impacto do trauma físico na subjetivação dessas mulheres e entender a produção de efeitos da hospitalização na subjetivação, foi realizada uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório que contou com a participação de quatro mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, hospitalizadas por fratura de fêmur na Linha Cuidado do Trauma do Idoso. Como estratégia metodológica, foi construído um diário de campo e realizadas entrevistas com as participantes durante o período de internação hospitalar e entrevistas domiciliares após a saída do hospital. O material produzido foi organizado a partir dos diferentes momentos vividos pelas participantes ao longo da pesquisa, analisado em função das questões e dos objetivos da pesquisa. Os resultados foram apresentados em dois momentos: a) um breve apanhado sobre as histórias de vida de cada participante e b) o conteúdo trazido pelas mesmas analisado a partir dos conceitos de subjetivação, dobra e acontecimento e relacionados à questão do envelhecimento e hospitalização. Pôde-se inferir que os discursos prévios quanto à velhice, doença e hospitalização já produziam efeitos na subjetivação das participantes antes do acidente. O trauma físico, a hospitalização e o rompimento com o cotidiano anterior serviram como dispositivo para problematizar uma série de questões. A submissão à disciplina hospitalar, a dor e o cansaço questionaram a potência de resistência das participantes, mas também abriram portas para a criação diante de situações de sofrimento. O trauma físico trouxe consigo a falência de normas antigas e a necessidade de invenção de novas normas. Mesmo diante das alternativas singulares criadas, as participantes enfatizaram o desejo do retorno à condição anterior e a retomada de suas atividades.

Palavras-chave: Envelhecimento. Hospitalização. Trauma físico. Subjetivação.

ABSTRACT

This paper aimed to study the process of subjectification in 60 year-old women or more, hospitalized in the section of trauma care program for the elderly inside Cristo Redentor hospital in Porto Alegre/RS. The conceptual field approached the topics aging, physical trauma and hospitalization, trying to problematize them from the subjectification notion in Foucault and from the concept of folding in Deleuze: wires to think the process during the study. To understand the impact of the physical trauma in the subjectification of these women and to understand the production of effects in the hospitalization it was performed a qualitative research with the participation of 4 women that were around 60 years old or more, hospitalized by femur fracture. As a methodological strategy, it was created a field diary, and interviews were conducted with the participants during the hospitalization period and home interviews were conducted after they left the hospital. The material was organized from the different moments lived by the participants during the research, and analyzed depending on the issues and objectives of the research. The results were presented in two moments: a) a brief overview about the life story of each participant and b) the content of the stories analyzed from the concepts of subjectification, folding and event related to the aging and hospitalization issue. It could be inferred that the previous speeches about aging, illness and hospitalization already produced effects in the subjectification of the patients before the accident. The physical trauma, the hospitalization and the break with the previous daily routine acted as a device to problematize several issues. The submission to the hospital discipline, the pain and the fatigue questioned the power of resistance of the participants, but they also gave the opportunity to the creation under situations of suffering. The physical trauma brought the ruin of old rules and the necessity to create new rules. Even before the created alternatives the participants emphasized the desire to return to the previous condition and to start to do their normal activities again.

Keywords: Aging. Hospitalization. Physical trauma. Subjectification.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	O PERCURSO TEÓRICO	16
2.1	O SUJEITO IDOSO E OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO	16
2.2	ENVELHECIMENTO FEMININO E SUBJETIVAÇÃO	23
2.3	TRAUMA FÍSICO E SUBJETIVAÇÃO	34
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	46
3.1	METODOLOGIA	46
3.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA	50
3.3	ENTREVISTAS	51
3.4	PROCEDIMENTOS	52
	3.4.1 Procedimentos para Produção dos Dados	52
	3.4.2. Procedimentos para Análise do Material	54
4	A VOZ DAS IDOSAS	55
4.1	QUEM SÃO ESTAS IDOSAS HOSPITALIZADAS POR FRATURA DE FÊMUR?	55
	4.1.1 Terezinha	55
	4.1.2 Alda	60
	4.1.3 Iolanda	63
	4.1.4 Carla	69
4.2	AS IDOSAS HOSPITALIZADAS E OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO	75
	4.2.1 “A vida da gente muda num minuto”	75
	4.2.2 “Nunca imaginei que eu pudesse chegar num hospital agora”	78
	4.2.3 “No limite da dor, no limite de tudo”	80
	4.2.4 “Ela me dava muita força. Foi isso que me ajudou”	86
	4.2.5 “Agora sou o nenezinho da casa”	89
	4.2.6 “Se Deus quiser, quero continuar”	93

4.2.7 “O que eu mais tinha medo é que ocorresse isso”	96
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS.....	103
ANEXOS.....	108

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento traz consigo inúmeras transformações de ordem fisiológica, morfológica, bioquímica, entre outras. Como consequência, dá-se a perda crescente de reserva funcional que pode levar a limitações funcionais, tornando os idosos mais suscetíveis a riscos ambientais e acidentes. As quedas representam os acidentes mais frequentes nessa população e são consideradas um evento sentinela na vida do idoso, pois podem indicar o declínio de uma função ou o sintoma de uma patologia. Provocam, em grande parte das situações, ferimentos sérios que exigem a internação hospitalar, prejudicando a capacidade funcional dos idosos para o desenvolvimento de suas atividades sociais e de vida diária. No Brasil, 30% dos idosos caem pelo menos uma vez ao ano e as quedas são responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos ou mais. Em 5% dos casos, as quedas resultam em fraturas e 5 a 10% das quedas causam ferimentos significativos que implicam em cuidados médicos (PEREIRA, BUKSMAN, PERRACINI, BARRETO e LEITE, 2001; RIBEIRO, SOUZA, ATIE, SOUZA, SCHLITZ, 2008).

A fratura de fêmur é considerada uma das mais frequentes lesões provocadas por quedas e traz importantes prejuízos ao idoso. É tida como uma causa significativa de morbidade e mortalidade nessa população, sendo responsável por grande parte das cirurgias em enfermarias ortopédicas. Sua incidência aumenta com a idade e é mais comumente relacionada a idosos residentes em áreas urbanas e de sexo feminino. Seu tratamento é cirúrgico, visa a redução e fixação estável da fratura, implica na substituição protética e tem como objetivo o início da marcha precoce. A fratura acarreta um prejuízo social aos idosos que têm sua reserva funcional

diminuída, necessitam de cuidados médicos intensivos e programas de reabilitação por longos períodos (CUNHA e VEADO, 2006; SAKAKI, OLIVEIRA, COELHO, LEME, SUZUKI e AMATUZZI, 2004). Na maioria das situações, a fratura constitui um evento com conseqüências catastróficas na vida do idoso, implicando em alterações no seu bem-estar físico, psíquico e social (CUNHA, VEADO, 2006). Metade dos idosos torna-se incapaz de deambular e um quarto precisa de cuidados domiciliares por tempo prolongado. A taxa de mortalidade no primeiro ano após a fratura é de 15%. O tempo de internação hospitalar depende da situação clínica dos pacientes no pré-operatório, de atrasos ou não na marcação e realização da cirurgia e da recuperação no pós-operatório (MUNIZ, ARNAUT e YOSHIDA, 2007). Em função disso, a fratura de fêmur é considerada de alta complexidade terapêutica, exigindo a intervenção multiprofissional no objetivo de manter a capacidade funcional do idoso (PEREIRA, BUKSMAN, PERRACINI, PY, BARRETO e LEITE, 2001).

A partir da necessidade de um tratamento especializado nessas situações foi criada em 2006 a Linha de Cuidado do Trauma do Idoso no Hospital Cristo Redentor. O hospital faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) situado na cidade de Porto Alegre e é responsável pelo atendimento de pacientes exclusivamente através do Sistema Único de Saúde/SUS. O hospital é destinado ao atendimento de situações de trauma físico e conhecido como o “Pronto Socorro da Zona Norte” da cidade. Tem enfoque no tratamento cirúrgico nas especialidades de Traumatologia, Neurocirurgia, Cirurgias Geral e Especializada e Queimados. Desde 2004, o Grupo Hospitalar Conceição vem adotando as “linhas de cuidado” como estratégia gerencial na tentativa

de construir novas possibilidades de contribuição do hospital que ultrapassem a contra-referência¹.

Como uma alternativa, Cecílio e Merhy (2007) apontam a construção ativa de uma linha de cuidado adequada à necessidade de cada paciente, de modo que o momento da hospitalização seja aproveitado para auxiliá-lo a conquistar uma maior autonomia em sua vida após a internação hospitalar. A partir disso, propõem a integralidade da atenção como balizador da gestão hospitalar, tomando as linhas de produção de cuidado como estratégia gerencial. O processo da coordenação do cuidado, para os autores, envolve a construção de pontos de contato entre as lógicas das profissões, de modo que os profissionais tenham que conversar entre si para que o cuidado se realize. Os autores não desconsideram as dificuldades presentes nesses canais, mas levantam a possibilidade de uma coordenação mais horizontal e desobstruída entre os vários profissionais, centrada no cuidado. A gestão a partir da integralidade tem a pretensão de criar mecanismos facilitadores de uma coordenação das práticas hospitalares mais articulada e com canais de comunicação mais definidos.

Atualmente, o Grupo Hospitalar Conceição conta com a Linha de Cuidado Mãe - bebê, Linha de Cuidado da Dor Torácica, Linha de Cuidado DST/AIDS, Linha de Cuidado da Saúde do Trabalhador, Linha de Cuidado de Saúde Mental, Linha de Cuidado dos Queimados, Linha de Cuidado da Neurocirurgia e Linha de Cuidado do Trauma do Idoso.

¹ O sistema de referência e contra-referência refere-se à articulação entre o **nível primário** (atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial), **nível secundário** (atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, bem como especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação) e o **nível terciário** (maior capacidade resolutiva de casos mais complexos do sistema, em ambulatório, internação e urgência como em ambulatórios de especialidades e hospitais especializados (JULIANI, CIAMPONE, 1999).

A Linha de Cuidado do Trauma do Idoso, conhecida como LCTI, iniciou suas atividades em 2006. É responsável pelo atendimento de pessoas com 60 anos ou mais com fratura de fêmur. Sua constituição se deu a partir da necessidade de um atendimento mais integrado a essa população, tendo em vista as particularidades envolvidas na hospitalização de idosos e no tratamento desse tipo de fratura. A elaboração de sua forma de funcionamento se deu através de um projeto construído por diferentes profissionais, funcionários do hospital. A LCTI é responsável pelo tratamento cirúrgico da fratura e, por isso, é vinculada à especialidade de traumatologia responsável pela realização da cirurgia. Durante a hospitalização, os pacientes são acompanhados pela equipe multiprofissional formada por uma médica clínica, um fisioterapeuta, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam exclusivamente na linha, bem como por médicos traumatologistas, cardiologistas, enfermeiras, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, farmacêutica e psicóloga que atuam na linha e também em outras unidades de internação do hospital.

O ingresso dos pacientes na LCTI se dá através da emergência do Hospital Cristo Redentor. A linha concentra suas atividades em uma unidade de internação hospitalar de 22 leitos no 2º andar do Hospital Cristo Redentor, que é considerada pequena se comparada às outras unidades hospitalares do hospital. Isso permite um maior contato dos profissionais entre si, com os pacientes e acompanhantes. A equipe de auxiliares de enfermagem é menor, trabalha exclusivamente na linha e a circulação de diferentes profissionais no posto de enfermagem (enfermaria) é reduzida. Isso permite uma relação mais próxima entre os profissionais e a equipe de enfermagem. Atualmente, a LCTI conta com a coordenação de um médico cardiologista funcionário do hospital. O trabalho da equipe de profissionais da linha é complementado pelas demais especialidades médicas através de avaliações de profissionais de outras especialidades do

Grupo Hospitalar Conceição quando isso se faz necessário. Na ocasião da alta hospitalar, o paciente é encaminhado para agendamento de retornos ao ambulatório do Hospital Cristo Redentor dando continuidade ao seu tratamento médico traumatológico. O Programa de Assistência Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (PAD) é acionado pela equipe da LCTI nas situações em que o paciente atende aos critérios estabelecidos pelo programa. É, então, avaliado por tal equipe e acompanhado por ela em sua residência.

De acordo com o Protocolo Clínico da Linha de Cuidado do Trauma do Idoso, elaborado pela equipe de profissionais atuantes na linha, de 05/11/2007 a 04/05/2009 foram atendidos 426 pacientes com idade média de 79 anos. Do total desses pacientes, 76% foram mulheres, 96% da raça branca e 80% provenientes de casa, a maioria vítimas de queda da própria altura. Em 69% dos casos, os pacientes foram considerados pelos profissionais da linha funcionalmente independentes no período pré-fratura e 96% deles foram submetidos a tratamento cirúrgico. De acordo com os registros da LCTI, o tempo médio de internação foi de 10 dias e a mortalidade hospitalar foi de 2,8%.

O trabalho que segue é fruto da interlocução entre algumas inquietações a partir do meu trabalho como psicóloga funcionária do Hospital Cristo Redentor atuante na LCTI e minha trajetória de mestrado. Em março de 2006, ingressei no Grupo Hospitalar Conceição como psicóloga do Hospital Cristo Redentor. Em setembro do mesmo ano, passei a atuar na Linha de Cuidados do Trauma do Idoso. Não participei da elaboração do projeto de funcionamento da linha, realizada nos primeiros meses de 2006, no entanto obtive algumas informações sobre sua construção e sobre os momentos iniciais de sua implantação através de conversas informais com a colega que atuava na linha naquele período. A partir dessas conversas, a possibilidade de construir um trabalho mais integrado a outras áreas do conhecimento despertou meu interesse

quanto ao trabalho da psicologia na linha. Com a transferência dessa profissional para o Serviço de Saúde Comunitária em agosto de 2006, tive a oportunidade de ingressar na equipe multiprofissional da LCTI, atuando junto a pacientes hospitalizados, familiares e acompanhantes.

Já nos primeiros momentos, os relatos dos idosos hospitalizados capturaram minha atenção. Muitos deles não tinham problemas clínicos significativos nem sofriam de alguma doença que lhes trazia maiores limitações. Residiam com cônjuges, parentes também idosos ou até mesmo sozinhos e relatavam certa independência na realização de suas atividades. Alguns moravam no interior do Rio Grande do Sul e ainda trabalhavam diariamente no campo. A fratura rompia com o cotidiano anterior, pois seu tratamento exige a realização de um procedimento cirúrgico, um período de hospitalização, bem como um processo longo de reabilitação funcional. Fazia-se necessária a presença de um cuidador durante a hospitalização e nos primeiros meses após a alta hospitalar, pois a independência anterior era prejudicada. O idoso, muitas vezes responsável pela realização de suas atividades, era confrontado com a necessidade de auxílio de outras pessoas para seus cuidados pessoais, com a dependência e com a finitude. A fratura, a dor, a entrada e a permanência no hospital traziam intenso sofrimento aos idosos. O corte com o anterior, o desassossego e o estranhamento diante da própria vida apareciam como disparadores para problematizar uma série de questões.

Em momentos anteriores da minha trajetória profissional, nunca havia trabalhado em instituição hospitalar nem atuado de forma mais específica com idosos. O encontro com pacientes e familiares a partir do trabalho como psicóloga na linha passaram a produzir em mim alguns questionamentos. A questão diagnóstica e prognóstica, tão enfatizada no ambiente hospitalar, as diferentes prescrições quanto ao envelhecimento, as diversas escalas e testes psicológicos oferecidos no trabalho da psicologia com o idoso mostravam-se deficitários diante da

multiplicidade presente nos relatos dos idosos e seus acompanhantes. Tal inquietação deu início à minha busca por maiores conhecimentos através da trajetória de mestrado, à realização da pesquisa e à elaboração da dissertação que teve como norte a seguinte questão: Como se dá o processo de subjetivação em mulheres com sessenta anos e mais hospitalizadas na Linha de Cuidado do Trauma do Idoso?

O estudo foi construído a partir de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, norteado não pela lógica da verificação, mas sim pela lógica da descoberta apontada por Eizirik (2003). A análise de implicação, descrita por Altoé (2004), esteve presente ao longo do trabalho em virtude, principalmente, da minha inserção na instituição como psicóloga da Linha de Cuidado do Trauma do Idoso.

O ingresso de mulheres com idade igual ou superior a 60 anos em uma unidade hospitalar destinada ao atendimento específico de idosos traz consigo a submissão a uma tripla condição de sujeição que relaciona envelhecimento, gênero e hospitalização. A partir disso, a construção do campo conceitual abordou tais temas, buscando problematizá-los em função da noção de subjetivação em Foucault e do conceito de dobra em Deleuze: fios condutores para pensar os processos de subjetivação ao longo do estudo. O estudo das formas de subjetivação, para Foucault (2006), implicam na interrogação contínua sobre as condições que permitem reconhecer um sujeito de determinada forma de acordo com as normas do dizer verdadeiro ou falso. Permanecem diretamente relacionadas à presença de jogos de verdade variáveis de acordo com o tempo e com as circunstâncias. O conceito de dobra em Deleuze tida como o ponto de inflexão pelo qual se dá a produção de um *Dentro* a partir de um *Fora* permite, de acordo com Silva (2004), considerar as composições de forças dobradas a partir das diversas formações históricas.

O trauma físico foi considerado como uma imposição do Fora que produz efeitos para além do corte no corpo. A entrada no hospital inaugura a submissão à disciplina hospitalar, tida por Orlandi (2004), como uma espécie de crueldade imposta aos corpos na tentativa de reduzir a multiplicidade presente em cada sujeito à padronização de acordo com as regras do hospital. Os sujeitos, despidos de suas particularidades em prol da padronização hospitalar, passam a serem reconhecidos como iguais a partir da lesão que os acomete. A submissão à disciplina hospitalar interroga a potência de resistir dos corpos. O confronto com uma nova realidade, com a limitação, com o próprio envelhecimento, para muitos tão distante, com uma alteridade que instiga e questiona traz consigo um desassossego. A dor, o cansaço e o sofrimento servem como disparadores para um pensar não mais no sentido da reconhecimento.

A partir de tais questões, ao longo do estudo busca-se problematizar o trauma tido como violência que se impõe aos corpos, mas que pode produzir um pensar, uma possibilidade de diferir, de criar novos modos de existência, novas formas de subjetivação diante de situações de dor e sofrimento.

O capítulo *O Percurso Teórico* percorre a construção do campo conceitual, tecendo considerações sobre o conceito de idoso na atualidade, o envelhecimento feminino, o trauma físico e a hospitalização, a partir da produção de efeitos de tais questões nos processos de subjetivação. O capítulo *Trajectoria Metodológica* aborda a metodologia a partir da qual o estudo foi realizado, apresentando tópicos como participantes da pesquisa, entrevistas e procedimentos para produção dos dados e análise do material. O capítulo *A Voz das Idosas* busca dar visibilidade ao material obtido ao longo da pesquisa, trazendo uma breve história de vida de cada participante, bem como o conteúdo das entrevistas analisadas a partir do referencial teórico utilizado. Nas

Considerações Finais, são destacadas algumas reflexões a partir do material produzido junto às participantes.

2 O PERCURSO TEÓRICO

O capítulo apresenta a trajetória conceitual construída ao longo do estudo a respeito dos temas envelhecimento, gênero, trauma físico e hospitalização, problematizados a partir da noção de subjetividade em Foucault e o conceito de dobra em Deleuze. Está dividido em três tópicos. O primeiro busca desnaturalizar o conceito de idoso. O segundo aponta questões quanto ao envelhecimento feminino na atualidade. O terceiro aborda o trauma físico e a hospitalização tidos como disparadores para a resistência e criação a partir do sofrimento.

2.1 O SUJEITO IDOSO E OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO

A velhice vem se tornando um tema de estudos privilegiado e o velho, segundo Debert (2004), é um ator que não está mais ausente do conjunto de discursos produzidos. Os velhos correspondem a uma parcela cada vez maior da população mundial, a velhice vem alcançando maior visibilidade nas últimas décadas, ganhando expressão e legitimidade no campo das preocupações sociais contemporâneas.

Tanto a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994) quanto o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) consideram idosos as pessoas com 60 anos ou mais. O conceito de idoso costuma ser diretamente relacionado às características biológicas, pois o envelhecimento implica em um processo biológico de declínio das capacidades físicas. Com o aumento da expectativa de vida e as transformações nos papéis assumidos pelos

sujeitos de mais idade, isso vem sendo colocado em discussão por vários autores que buscam ultrapassar o determinismo relativo às características biológicas e problematizar o critério etário como predominante da classificação (CAMARANO, 2004).

O conceito de idoso baseado apenas na idade cronológica, conforme Camarano (2004), traz consigo três limitações: a heterogeneidade entre as pessoas, a equivocada suposição de que as características biológicas são independentes das questões culturais e a desconsideração da finalidade social do idoso. Ele ignora a diversidade dos sujeitos de diferentes épocas e locais, bem como a influência da cultura e das condições sociais nas trajetórias de vida das pessoas e nos seus processos de envelhecimento. Também carrega um alto poder prescritivo e constitui formas de coerção, tendo em vista a criação de expectativas sociais quanto aos papéis a serem assumidos pelos idosos, independentemente de suas características pessoais. O elemento fundador da categoria idoso, segundo Brito da Motta (1999), é de origem biológica e essa dimensão é frequentemente enfatizada para fins de justificação ideológica e naturalizada no social.

A categoria de idade/geração, para Brito da Motta (1999), é de grande complexidade analítica e, em articulação com outras categorias, é determinante nas relações sociais. As idades são importantes fatores de organização social com posições definidas na sociedade e graus diferenciados de reconhecimento institucional, expressando-se no marco das relações sociais de poder.

A partir de tais questões, é importante desnaturalizar o empobrecido conceito de idoso considerado apenas a partir do critério cronológico, tendo em vista sua difusão e naturalização no social. Ao traçar a trajetória do uso do termo “idoso”, Peixoto (1998) tece ligações entre as representações francesas e brasileiras quanto a tal questão. Segundo ela, a noção de velho na

França permanecia vinculada à decadência, incapacidade para o trabalho e pobreza. Com o surgimento de uma nova política social para a velhice no país a partir da década de 60 do século XX, o aumento das pensões fez crescer o prestígio dos aposentados. A palavra “velho”, tida como pejorativa no país, foi suprimida dos textos oficiais sobre a velhice e o termo “idoso”, considerado menos estereotipado, foi introduzido. Na França, a palavra “idoso” trouxe consigo uma certa ambigüidade, pois passou a ser utilizada para caracterizar tanto a população envelhecida em geral quanto os sujeitos originários de camadas mais favorecidas, o que possibilitou homogeneizar todas as pessoas de idade avançada e atribuir um outro significado ao sujeito velho. A criação da categoria aposentado estabeleceu o direito à inatividade remunerada e permitiu que os velhos tivessem tempo disponível, o que resultou em novos hábitos e em uma luta contra os estigmas de velho. Nesse contexto, surgiu no país o termo “terceira idade”, como sinônimo de envelhecimento ativo e independente, para designar os jovens aposentados franceses. Já no Brasil, o termo “velho” era empregado de forma geral e não tinha, especificamente, uma conotação negativa como na França, dependendo muito do contexto e entonação em que era usado. Mesmo assim, as transformações européias quanto à imagem da velhice chegaram ao Brasil no final da década de 60 e os documentos oficiais começaram, também, a fazer uso da palavra “idoso”.

A partir dos meados da década de 70, o Brasil assistiu a realização de inúmeros congressos, jornadas, seminários e encontros sobre a questão do idoso em âmbito nacional, regional, estadual e municipal, contando com ações desenvolvidas em nível governamental e não governamental (RODRIGUES, 2002). Em 1988, a Constituição Brasileira reconheceu pela primeira vez a importância da questão da velhice e estabeleceu o valor da aposentadoria baseado no salário mínimo. (PEIXOTO, 1998). Em 1989, a Associação Nacional de Gerontologia realizou

seminários regionais atualizando informações e propostas que resultaram, em 1991, no Plano Preliminar para a Política Nacional do Idoso. Em 4 de janeiro de 1994 foi promulgada a Lei 8.842, a Política Nacional do Idoso (RODRIGUES, 2002). Em 1º de outubro de 2003, foi promulgada a lei n. 10.741, dispondo sobre o Estatuto do Idoso. A partir da criação da aposentadoria no Brasil, assim como em todas as sociedades industriais, o ciclo de vida foi reestruturado em três grandes etapas: infância e adolescência tidas como períodos de formação; idade adulta como período de produção e velhice como o tempo do não trabalho. (PEIXOTO, 1998).

Tanto na França como no Brasil, de acordo com Peixoto (1998), o prolongamento da vida das pessoas de idade mais avançada pressionou o alargamento das faixas de idade mais jovens e a criação de novas denominações. A adoção do termo “terceira idade” no Brasil ocorreu como um decalque do vocabulário francês. A “invenção da terceira idade” é trazida por Debert (2004, p.19) como uma experiência inusitada de envelhecimento que não pode ser reduzida ao prolongamento da vida na atualidade. Quanto a isso, destaca inúmeras questões como a presença de uma comunidade de aposentados com peso suficiente na sociedade, a descronologização da vida característica do contemporâneo, a cultura do consumidor, a auto-responsabilização pela própria aparência e a juventude tida como um valor social. Debert (2004) chama a atenção à preocupação da sociedade com o envelhecimento humano, propondo uma análise dos processos através dos quais a velhice vem se transformando em um problema social que ganha, a cada dia, mais expressão e legitimidade. Relaciona o que chama de “formas de gestão da velhice” à “reprivatização do envelhecimento”, apontando a socialização progressiva da gestão da velhice na sociedade contemporânea, a criação da gerontologia como um campo de saber específico encarregado da formação de especialistas no envelhecimento e as conseqüentes tentativas de

homogeneização das representações da velhice. Diante disso, a autora aponta a necessidade de uma postura crítica diante do papel de geriatras e gerontólogos como agentes ativos na proposta de práticas que valorizam a busca da eterna juventude.

A crítica realizada por Debert (2004) ao abordar as formas de gestão da velhice e o papel do discurso científico na produção e legitimação de discursos e práticas quanto ao envelhecimento nos dias de hoje nos leva à análise das relações entre saber, poder e subjetividade trazidas por Foucault. Para falar dos processos de subjetivação, Foucault (1995) aborda três modos de objetivação que transformam os seres humanos em sujeitos. A primeira forma de objetivação se refere ao simples fato de estar vivo na natureza ou história. A segunda ocorre através de práticas divisoras, ou seja, as formas pelas quais o sujeito é dividido no seu interior e em relação aos outros, o que permite que ele seja chamado de louco, doente, sadio, entre outros. A terceira, considerada por ele o tema geral de sua pesquisa, remete aos modos pelos quais um ser humano se torna um sujeito: subjetivação.

Os modos de objetivação e subjetivação, segundo Foucault (2006), permanecem intimamente relacionados e variam de acordo com o período histórico. Quando pensamos nas condições em que alguma coisa pôde ser problematizada como objeto a ser conhecido e nos procedimentos de recorte aos quais ela foi submetida, pensamos sobre o modo de objetivação. Quando analisamos as condições às quais o sujeito está submetido e a posição que ele deve ocupar no real ou imaginário para se tornar um sujeito legítimo de determinada forma de conhecimento, estamos abordando as formas de subjetivação. Da ligação e do desenvolvimento mútuo da objetivação e da subjetivação, surgem os jogos de verdade: as regras e as condições de emergência de discursos considerados como verdadeiros ou falsos. O conteúdo presente nos jogos de verdade varia de acordo com o tempo e as circunstâncias. Isso traz a necessidade da

interrogação contínua sobre as condições que permitem, conforme as regras do dizer verdadeiro ou falso, reconhecer um sujeito de determinada forma.

Não se pode negar a existência de um conjunto de regras prescritivas quanto às formas de experiência de envelhecimento na atualidade. Normas sobre quando e como devemos envelhecer, bem como receitas, técnicas de manutenção corporal, medicações e formas de lazer são amplamente difundidas. Jogos e regimes de verdade que regulam o surgimento e a perpetuação de tais discursos e práticas evidenciam a presença de complexas relações de poder, que produzem efeitos nos modos de subjetivação.

A expressão “relação de poder” é usada por Foucault (2006) para enfatizar que o poder não remete a algo da ordem da posse, mas sim do exercício. O poder, segundo o autor, é constituído por jogos estratégicos entre liberdades nos quais uns tentam determinar a conduta dos outros que podem ou não deixar sua conduta ser determinada. Uma relação de poder envolve uma forma de ação que não age diretamente sobre o outro, mas sim sobre sua ação. Refere-se, assim, a um conjunto de ação sobre ações possíveis, operando sobre o campo de possibilidade no qual permanece inscrito o comportamento dos sujeitos ativos. Foucault alerta que só podemos falar de instituições, ideologias, estruturas e mecanismos de poder, à medida que supomos que alguns exercem poder sobre outros, pois o poder não pertence a um sujeito, grupo ou instituição. Ele coloca em jogo relações entre indivíduos ou grupos e seu exercício ultrapassa as relações entre parceiros individuais ou coletivos, implicando no modo de ação de uns sobre outros. O poder só pode existir em ato, inscrito em um campo de possibilidade esparso que se apóia em estruturas permanentes. (DREYFUS e RABINOW, 1995).

Ao longo de seu estudo sobre o poder, Foucault estabelece relações entre saber, poder e subjetividade apontando, como um dos seus objetivos, a tentativa de mostrar como as práticas sociais engendram domínios de saber que fazem aparecer novos objetos, conceitos e técnicas, bem como formas novas de sujeito e de sujeito do conhecimento. Nas sociedades ocidentais, os mecanismos de poder e controle permanecem intimamente ligados a mecanismos de saber dos indivíduos sobre eles próprios e em relação a eles próprios. Nesse sentido, o autor destaca a existência de uma história externa da verdade, que ultrapassa a história das ciências e se forma em outros lugares. Nesses locais, um determinado número de regras do jogo é definido, permitindo o nascimento de certos domínios de objeto, certos modos de saber e novas formas de subjetividade (FOUCAULT, 2003). Ao abordar os jogos de verdade, Eizirik (2002) destaca a presença de uma administração do saber, de relações de poder que produzem saber, bem como a existência de regimes de verdade que regulamentam a produção e a disseminação de discursos, já que a verdade está sempre ligada a sistemas de poder que a produzem e apóiam. O regime de verdade é responsável pela produção de enunciados científicos que são aceitos como verdadeiros. Nesse ponto, a autora destaca a importância da análise do que rege os enunciados e de como eles se regem entre si para a construção de um discurso aceitável com efeitos de poder que circulam no próprio discurso.

Mesmo reconhecendo a produção de efeitos dos jogos de verdade nos processos de subjetivação, Foucault (2006) destaca que a liberdade é a condição principal para a existência de relações de poder, já que, quando um dos dois está completamente à disposição do outro não há relação de poder. Segundo o autor, se existem relações de poder por todo o campo social é porque há também possibilidades de resistência nele. Onde há poder, há resistência, pois essa nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder. As relações de poder têm um caráter

estritamente relacional, pois elas só existem em função de uma multiplicidade de pontos de resistência que representam, nessa correlação, o papel de alvo que permite uma tensão. As resistências, segundo Foucault (2003a), constituem o “outro termo” (p. 91) nas relações de poder. Elas são casos únicos, estão no plural “possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício” (p. 91) e existem apenas no campo estratégico de relações de poder. O conceito de resistência serve como um potente dispositivo para pensar a multiplicidade das experiências de envelhecimento no contemporâneo mesmo diante das inúmeras prescrições vigentes, abrindo caminho para a discussão dos processos de subjetivação e da ética.

2.2. ENVELHECIMENTO FEMININO E SUBJETIVAÇÃO

Muitos estudos contemporâneos, segundo Debert (2004), consideram as transformações nas formas de gestão do envelhecimento como puros reflexos das mudanças etárias nas populações e do aumento de idosos na população mundial. Nas últimas décadas, inúmeras pesquisas descrevem o envelhecimento demográfico, definido como o aumento do percentual de idosos na população total de um país ou região. Isso vem acontecendo desde o final do século XVIII nos países que deram início à Revolução Industrial; primeiramente na Europa Ocidental, seguido pela América do Norte e, tempos depois, pela América do Sul. A industrialização produziu modificações como a queda na mortalidade infantil e, posteriormente, a queda da natalidade acompanhada por uma diminuição na mortalidade, o que se traduziu no aumento da

expectativa de vida e na maior participação de pessoas mais velhas no contexto populacional. Na primeira metade do século XX, o processo de envelhecimento teve seu auge na Europa, ocorrendo de forma similar na América do Norte. No Brasil e nos demais países que entraram mais tarde no avanço tecnológico a situação foi agravada porque em 45 anos o país passou a sentir a problemática que nas outras regiões vem ocorrendo há, aproximadamente, 80 anos. A partir da década de 70, a queda da natalidade no Brasil acentuou-se e o grupo de pessoas com 60 anos ou mais teve um crescimento maior do que qualquer outra faixa etária. As projeções de população no Brasil, realizadas no final do século XX, para o século XXI indicavam uma proporção de velhos semelhantes à população idosa europeia (HEREDIA, 2000).

Uma análise mais detalhada do envelhecimento populacional mundial aponta o processo de feminização da velhice, relativo à proporção maior de mulheres idosas se comparado ao número de homens quando se leva em conta a população total de cada sexo. As pesquisas revelam que a expectativa de vida, em termos mundiais, é maior entre as mulheres que vivem, em média, sete anos a mais segundo Sánchez Salgado (2002), enquanto no Brasil, conforme Heredia (2000), as mulheres sobrevivem, em média, 5 anos a mais. Ao falar da realidade brasileira, Camarano (2004) destaca que 55% da população idosa, de acordo com o Censo Demográfico de 2000, é composta por mulheres. A diferença entre as proporções aumenta entre os mais idosos e, entre os maiores de 80 anos, a proporção sobe para 60,1%. De acordo com Heredia (2000), se prevê que, no início do século XXI, a população de mulheres com mais de 60 anos no Brasil será de 53,79% em relação à população idosa total no país, ou de acordo com projeções do IBGE – de julho de 2009 – no ano de 2050 este percentual aumentará para 55,76%. Os ganhos em longevidade nas faixas etárias mais velhas do mundo, segundo Sánchez Salgado (2002), incrementam-se mais nas mulheres e o mundo contemporâneo do adulto de idade avançada é e

será predominantemente constituído por mulheres. É importante destacar que a predominância feminina no Brasil, conforme Camarano (2004), ocorre entre os idosos da área urbana, pois nas áreas rurais ainda observa-se número maior de homens.

Em termos mundiais, as pessoas em idade avançada que passam a viver em situação de pobreza têm menor possibilidade de sair dessa situação quando comparadas a pessoas em outras faixas etárias. As dificuldades econômicas, conforme Sánchez Salgado (2002), tendem a aumentar a dependência de ordem física e psicológica e as diferenças de gênero agravam a situação. As mulheres velhas, no mundo, encontram-se mais vulneráveis e frágeis com relação a outros grupos de idade quanto à escolaridade, possuem menor qualificação profissional quando comparado a jovens e adultos e diferem quanto ao estado civil, sendo na maioria parte viúvas e, até mesmo, chefes de família. Em muitos casos, se encontram em situação de dependência de familiares, amigos ou sistemas formais de serviços. Permanecem mais expostas à pobreza em função da desvalorização do trabalho primordialmente doméstico, recebem menores salários ao longo da vida e, conseqüentemente, valores mais baixos de aposentadorias. Ao tentar retornar ao mercado de trabalho, enfrentam dificuldades em razão da idade avançada. A velhice das mulheres brasileiras, segundo Britto da Motta (1999), em muitos casos, traz consigo pobreza ou miséria até mesmo no caso de velhas oriundas da classe média. A escassa participação no mercado de trabalho e os poucos recursos pessoais de sobrevivência podem forçar as mulheres velhas a dependerem dos arranjos familiares. As mulheres idosas, conforme Sánchez Salgado (2002), detêm taxas mais altas de institucionalização em termos mundiais, consultam mais médicos e têm menos oportunidades de contar com um companheiro no final da vida. A idade avançada associa-se a doenças ou problemas de saúde e estima-se que a mulher enfrente mais doenças crônicas e agravos na saúde se comparado ao homem. Attias-Donfut (2004), ao falar do processo de

envelhecimento na França, chama a atenção que, apesar das mulheres viverem mais tempo do que os homens no país, elas também tendem a envelhecer em piores condições, apresentando desvantagens econômicas e sociais.

No Brasil, a situação das mulheres velhas é similar à descrita em termos mundiais. A pobreza, conforme Heredia (2000), é uma característica importante da velhice no país em função do rápido processo de urbanização e industrialização que prejudicou de forma mais significativa os velhos. Esses, tradicionalmente provenientes da zona rural, apresentaram dificuldades de adaptação à nova situação. Grande parte das velhas brasileiras, segundo Camarano (2004), são viúvas, vivem sozinhas, não têm experiência de trabalho no mercado formal e têm nível menor de escolaridade. A maior expectativa de vida entre as mulheres brasileiras é, de acordo com Heredia (2000), freqüentemente relacionada à sua reduzida participação em atividades fora do lar, o que permitiu que elas permanecessem mais preservadas de algumas doenças que afetam o sexo masculino. Nesse ponto, Camarano (2004) ressalta que a longevidade feminina brasileira não é sempre percebida como uma vantagem, já que o aumento da expectativa de vida permite a maior exposição a doenças crônicas e à debilitação biológica, de modo que as mulheres velhas permanecem mais sujeitas a deficiências físicas e mentais do que seus parceiros masculinos. Pesquisas realizadas em 1998 no Brasil mostraram que 14% das idosas moravam sozinhas e 12,1% moravam em famílias na condição de “outros parentes” (mães, sogras, irmãs, etc), sendo 74% deste contingente formado por viúvas. (CAMARANO, 2002).

Vários estudos, conforme Britto da Motta (1999), abordam a predominância das mulheres velhas na população mundial apenas através do ponto de vista demográfico e estatístico, deixando de lado as características e conseqüências dessas diferenças na sociedade e na subjetivação. A formação de subjetividades relaciona-se à múltipla pertinência de classe, gênero,

idade, etnias, bem como às diferentes dimensões da vida social. Tais dimensões são consideradas, pela autora, como categorias relacionais ou da experiência, que expressam diferenças, oposições e hierarquias sujeitas a transformações ao longo da vida. As categorias da experiência mais determinantes como o sexo, a cor e a idade remetem ao social, mas também se corporificam em homens e mulheres de idades e raças diversas. Para pensar similitudes e diferenças de vivências no interior de cada categoria, a autora traz como exemplo a questão do gênero. Homens e mulheres apresentam variações internas à sua condição, diferenças de idade, de classe e de cor. Existe uma diversidade de experiências de gênero que dependem da valorização de cada um desses aspectos e da vivência que se tem deles. No estudo do envelhecimento, observa-se que ser jovem ou ser velho são situações vividas tanto de forma homogênea quanto diferencial conforme com a classe social e o gênero das pessoas de determinada faixa etária. De acordo com o gênero, a trajetória de vida de homens e mulheres, tida como uma construção social e cultural, determina representações e comportamentos diversos quanto à condição de velho. Diante da impossibilidade de estudo da condição social atual de velho sem a consideração dos diferenciais de gênero e da classe social que a constitui, a autora propõe a intercambialidade das duas categorias de experiência: gênero e idade/geração.

O conceito de gênero, de acordo com Louro (1997), ultrapassa o biológico, referindo-se às formas pelas quais as características sexuais são trazidas para a prática social, onde são construídas as relações entre os sujeitos. Afirma o caráter social do feminino e do masculino, evita generalizações a respeito dos homens e mulheres e ultrapassa a noção de papéis pré-determinados. A partir da perspectiva de que o sujeito tem identidades plurais, ou seja, múltiplas identidades móveis em constante processo de transformação, o gênero faz parte das práticas sociais constituintes dessas identidades. As identidades de gênero são construídas pelos sujeitos

através da identificação social e histórica como masculinos e femininos. Muitas discussões sobre gênero ainda permanecem baseadas em uma lógica de oposição binária entre masculino e feminino, considerando as relações de dominação e submissão como a única forma de relação entre os dois pólos. A desconstrução desse pensamento dicotômico permite observar que o poder se exerce em várias direções, podendo dividir internamente cada pólo da oposição, o que vai ao encontro da noção de poder trazida por Foucault. Isso rompe com a idéia de papéis pré-fixados para homens e mulheres de idade avançada, tendo em vista que, na dinâmica do gênero assim como na dinâmica da sexualidade, as identidades são permanentemente construídas e transformadas, arrançando e desarrançando suas formas de estarem no mundo.

Ainda assim, sabe-se que, em termos mundiais, as mulheres de idade avançada enfrentam inúmeros desafios, à medida que se encontram inseridas, conforme Sánchez Salgado (2002) em uma sociedade sexista e gerofóbica. A gerofobia refere-se aos preconceitos com relação a pessoas idosas em função somente de sua idade. No caso de mulheres em idade avançada, o preconceito quanto à idade aparece aliado ao sexismo e à dupla mensagem que considera velha a mulher com idade inferior a do homem. O preconceito quanto ao sexo relaciona-se, em parte, à equivalência errônea entre a sexualidade feminina e a capacidade reprodutiva. No mundo ocidental contemporâneo, para Brito da Motta (1999), a velhice feminina significa a perda da valorizada condição social de reprodutora. Para Sánchez Salgado (2002), isso se mostra mais evidente nas sociedades patriarcais, nas quais a sobrevivência da mulher é vinculada à sua habilidade de corresponder ao homem e aos padrões sociais exigidos. O temor à velhice aparece presente ao longo do processo de socialização das mulheres, que se confrontam com a expectativa constante de beleza e juventude. A partir disso, buscam escapar das penalidades impostas à velhice, negando o próprio processo de envelhecimento para permanecerem inseridas em um contexto no

qual é melhor ser homem do que ser mulher, ser jovem do que ser velho. Pesquisas sobre o envelhecimento de mulheres nos Estados Unidos, trazidas por Sánchez Salgado (2002), relatam que, com o avanço da idade, algumas relações importantes na vida das mulheres idosas podem terminar ou mudar nesse período, à medida que os companheiros morrem ou passam a viver com mulheres mais jovens. Além disso, elas enfrentam a perda ou dependência dos pais no momento em que acabaram de criar seus filhos.

As desvantagens presentes na velhice das mulheres francesas, conforme Attias-Donfut (2004), ultrapassam a esfera econômica e atingem o campo simbólico associado à imagem corporal. Nessa etapa da vida, as mulheres experimentam a invisibilidade ou a hipervisibilidade do corpo em razão da valorização da juventude e da aparência na sociedade ocidental, bem como da fragilidade atribuída ao corpo na velhice. A cultura do consumo opõe juventude e velhice, apresentando a última como um problema da medicina. Em busca da cura da velhice se produz tanto a invisibilidade quanto a hipervisibilidade do corpo, associando o envelhecimento à dicotomia entre saúde e doença. A medicina moderna associada à tecnologia vem se especializando em técnicas de bio-rejuvenescimento e enfatizando que não precisamos envelhecer se não quisermos.

Homens e mulheres, conforme Camarano (2004), envelhecem de diferentes formas. Os velhos agem como um coletivo etário ou geracional composto por heterogeneidades e diferenciações sociais, segundo as quais sempre viveram enquanto pessoas de diferentes sexos, gêneros, idades, etnias e classes sociais. As relações de gênero remetem a construções sociais de formas de dominação e subordinação mediante a presença de relações de poder de caráter histórico, que resultaram em trajetórias sociais diferentes para os homens e mulheres. É impossível viver em uma sociedade sem a existência de relações de poder, pois, segundo

Foucault (2003a), as correlações de forças múltiplas se formam e atuam nas famílias, nos aparelhos de produção, grupos restritos e instituições, servindo de suporte a inúmeras clivagens e atravessando o conjunto do corpo social. O autor ressalta que não existe um princípio de poder primeiro que domina todos os elementos da sociedade, mas que, a partir da possibilidade de ação sobre a ação dos outros, surgem múltiplas formas de aplicação do poder sobre nós mesmos e sobre os outros, de uma organização mais ou menos refletida que definem formas diversas de poder (DREYFUS e RABINOW, 1994).

É importante considerar que a trajetória de homens e mulheres de idade avançada foi fortemente marcada por diferentes expectativas sociais. Em muitos casos, as diferenças de gênero são tão significativas na experiência que chegam a ultrapassar as diferenças de classe social. A prescrição social tradicional quanto à feminilidade, para Brito da Motta (1999) traz consigo a maior repressão social, as desigualdades na formação, o desestímulo ao acesso e à permanência no mercado de trabalho, a obediência e o conformismo. Apesar das tentativas de desconstrução desse padrão no contemporâneo, não se pode esquecer a influência deles na constituição da subjetividade das velhas de hoje. Ao abordar o papel do código moral nos processos de subjetivação, Foucault (2003b) diferencia moral e ética. Enquanto a moral refere-se a um conjunto de regras e normas prescritivas, a ética diz respeito à reflexão sobre os modos de vida, implicando na relação dos sujeitos com a verdade. Mesmo diante das prescrições quanto ao gênero e ao envelhecimento em nossa sociedade, tais experiências são vividas de múltiplas formas no Brasil. Nesse ponto, o conceito de ética em Foucault (2003b) traz a possibilidade de reflexão dos sujeitos diante dos códigos prescritivos, bem como a criação de novas formas de existência a partir da relação com a verdade. Diante das normas estabelecidas, a presença de um trabalho ético realizado sobre si mesmo abre caminho para novas possibilidades de existência. A

reflexão frente aos códigos permite que o sujeito torne sua ação de acordo com uma regra estabelecida, ou transforme a si mesmo em sujeito moral de sua própria conduta. Isso dependerá do modo pelo qual o sujeito se relaciona com determinada regra e se sente forçado a colocá-la em prática, ou seja, ao modo de sujeição. Uma ação moral particular refere-se sempre à conduta moral, assim como a conduta moral implica na constituição de um sujeito moral, com formas de atividades sobre si, práticas de si e modos de subjetivação.

As práticas de si assumem papel fundamental na idéia de subjetividade em Foucault (2006), pois não existe moral ou trabalho ético sem a existência dessas práticas. As técnicas ou práticas de si são consideradas:

[...] práticas refletidas e voluntárias através das quais os homens não somente fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer da sua vida uma obra de arte que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo (FOUCAULT, 2003b, p. 15).

O sujeito se constitui através de práticas de sujeição ou de práticas de liberdade, mas sempre a partir de regras e convenções encontradas na cultura. As práticas de si, segundo Foucault (2006), são tidas simultaneamente como o modo de agir e pensar, assumem a forma de uma arte de si independente de uma moral e sua análise oferece a chave de entendimento para a constituição correlata do sujeito e objeto, dos modos de subjetivação (FOUCAULT, 2006).

A dimensão ética e as práticas de si trazidas por Foucault (2003b, 2006) constituem possibilidades de resistência dentro do campo das relações de poder presentes nos discursos prescritivos quanto ao envelhecimento feminino. A influência do contexto social na experiência de mulheres velhas é destacada por Sánchez Salgado (2002). Ainda assim, a autora enfatiza que as questões sociais não impedem que as dificuldades apresentadas para cada mulher diante do

processo de envelhecimento sejam diferentes, assim como as estratégias de adaptação desenvolvidas por cada uma para o enfrentamento das situações. Debert (2004) alerta quanto ao perigo presente nas generalizações quanto ao envelhecimento feminino, diante da multiplicidade de experiências possíveis. Ao abordar o envelhecimento das mulheres no Brasil, Camarano (2004) ressalta que o bem-estar das mulheres velhas está intimamente vinculado ao da sociedade em geral. Há pouco tempo atrás, a velhice para as mulheres brasileiras implicava em isolamento e pobreza. Nos últimos vinte anos, isso vem sofrendo transformações e, para a maioria das pessoas, esse período pode significar uma nova fase do ciclo de vida. Sánchez Salgado (2002) atenta que esse período da vida é tido como agradável para muitas mulheres, tendo em vista que viver só não significa estar em solidão. A habilidade desenvolvida ao longo da vida para estabelecer e manter amizades permanece e, até mesmo, intensifica-se na velhice. Algumas mulheres fazem avaliações de suas vidas e optam por utilizar seu tempo para o desenvolvimento de novos papéis. Em muitas situações, segundo Brito da Motta (1999), a velhice traz a libertação de certos controles societários ligados à reprodução. Isso tem entusiasmado muitas mulheres de idade avançada a ponto de fazer passarem despercebidos inúmeros preconceitos sociais ainda vigentes quanto aos velhos e às mulheres.

Pesquisas realizadas por Debert (2004) no Brasil mostram que muitas idosas não se sentem vítimas da perda de papéis sociais, consideram-se privilegiadas em comparação ao envelhecimento de suas mães e avós e concebem a experiência atual como mais gratificante do que outras etapas da vida. Livres de obrigações e controles aos quais permaneceram submetidas durante a juventude, percebem-se libertas para realizarem um conjunto de atividades prazerosas em um contexto cada vez mais tolerante com as mulheres mais velhas. Esta é considerada, por Brito da Motta (1999) a principal diferença entre práticas e representações de velhos e velhas.

Enquanto os homens são mais realistas e dominados pela ideologia da velhice, elas se deixam levar pelo entusiasmo da liberdade e se tornam mais ativas.

Nesse sentido, Debert (2004) aponta que os programas para a terceira idade, freqüentados predominantemente por mulheres, proporcionaram pela primeira vez um espaço para as mulheres de idade avançada criarem novos estilos de vida, oferecendo um ambiente em que a criatividade, a autonomia e a liberdade possam ser vividas de forma coletiva pelas idosas. A autora destaca que os programas apresentam semelhantes concepções da velhice, oferecem atividades similares e mobilizam públicos femininos específicos com características socioeconômicas definidas.

Segundo Camarano (2003), mesmo velha, a mulher brasileira não segue apenas desempenhando seu papel de cuidadora, mas também assume o de provedora em muitas situações. A melhoria absoluta e relativa nas condições de vida das idosas, medidas por indicadores de rendimento, exerce influência significativa em suas famílias. Apenas 40% das famílias de idosas podem ser chamadas de “ninhos vazios”, já que as demais vêm se tornando repletas de filhos e netos. As idosas da atualidade vêm assumindo papéis não esperados e se transformando em importantes agentes de mudança social.

Nesse sentido, a autora aponta o importante papel exercido pela Previdência Social tanto urbana como rural e da Lei Orgânica da Assistência Social, que asseguram a renda para uma parcela significativa da população idosa feminina brasileira. Além disso, ressalta a importância das melhorias nas condições de saúde pelo avanço da tecnologia médica e o maior acesso da população aos serviços de saúde.

Inúmeros autores destacam a heterogeneidade da experiência de envelhecimento, salientando as armadilhas presentes nas generalizações. O estudo da subjetivação em mulheres

velhas precisa levar em conta as diferentes prescrições quanto a esse público no contemporâneo e o contexto sócio-histórico no qual que ele está inserido. É fundamental, entretanto, ultrapassar o pensamento dicotômico com relação ao gênero e idade, promovendo espaço de análise e visibilidade para os múltiplos processos de envelhecimento e subjetivação possíveis a partir de um trabalho ético.

2.3 TRAUMA FÍSICO E SUBJETIVAÇÃO

O envelhecimento, para Mesquita (2009), é um processo progressivo, gradual e variável que se caracteriza por alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, bem como pela perda crescente de reserva funcional. Tais questões podem levar a limitações funcionais, tornando os idosos mais suscetíveis aos riscos ambientais. Segundo Fabrício, Rodrigues e Costa Júnior (2004), pessoas de todas as idades apresentam risco de sofrer quedas, no entanto, para os idosos elas podem acarretar graves conseqüências, levando à incapacidade e à morte. A queda é o acidente mais freqüente no idoso e suas complicações são uma das principais causas de morte em pessoas com mais de 65 anos de idade.

Dentre as conseqüências das quedas, a fratura de fêmur é uma das mais comuns. É mais freqüente em mulheres idosas e comumente associada a esse público. Para grande parte dos idosos, ela promove grandes alterações no bem-estar físico, social e psicológico. Como tratamento adequado à fratura de fêmur, inúmeros autores descrevem a realização de um procedimento cirúrgico para a colocação de prótese, o que exige um período de hospitalização,

bem como cuidados intensivos. A cirurgia tem como objetivo o início da deambulação no menor espaço de tempo possível e o processo de reabilitação envolve a atuação de diferentes profissionais (CUNHA e VEADO, 2006; SAKAKI, OLIVEIRA, SUZUKI e AMATUZZI, 2004).

A fratura de fêmur diferencia-se de um adoecimento ou de uma condição clínica prévia, pois decorre de um trauma físico inesperado que invade a existência de forma abrupta. O acidente fratura, imobiliza, rompe com o anterior e imprime novas marcas ao corpo. É necessária uma intervenção cirúrgica e um período de hospitalização: um corte no corpo e na rotina. A hospitalização, no caso de pessoas idosas, pode trazer alguns prejuízos importantes. Kawasaki e Diogo (2005) apontam que a independência funcional dos idosos pode sofrer alterações significativas durante o processo de hospitalização, de modo que inúmeros estudos relacionam envelhecimento, hospitalização e dependência funcional. Segundo os autores, vários trabalhos comprovam a presença de um declínio funcional em 34 a 50% dos idosos durante o período de internação hospitalar.

A idosa hospitalizada permanece sujeita à condição de mulher, velha e paciente do hospital, com os múltiplos atravessamentos que isso promove na subjetivação. Para abordar os processos de subjetivação, Silva (2004) destaca o conceito de dobra de Deleuze como um importante operador conceitual. Segundo a autora, a dobra relaciona as tecnologias de si que caracterizam a obra de Foucault e a mônada de Leibniz, na qual o mundo encontra-se virtualmente dobrado em cada alma. A subjetivação não diz respeito a um sujeito pessoal, mas sim a um modo intensivo e traduz a forma singular através da qual se produz a curvatura de um determinado tipo de relação de forças. As diversas formações históricas dobram de forma diferente a composição de forças que as atravessa, atribuindo-lhes particulares sentidos. A dobra é tida como o ponto de inflexão pelo qual se constitui a produção de um *Dentro* do Fora, um

certo tipo de relação consigo a partir das forças do Fora. A dobra está intimamente relacionada ao campo social, já que a produção da relação consigo mesmo e com o mundo é coextensiva às forças que atravessam o tecido social. Através de várias dobraduras do Fora se produzem diversas formas de expressão da subjetividade.

Ao ingressar no hospital, a idosa é imersa em um entorno caracterizado pela disciplina com uma série de sanções normalizadoras. Sua vestimenta é uniformizada através do uso de aventais padronizados, sua alimentação é determinada pela instituição, suas atividades e horários são definidos de acordo com as rotinas do hospital. Nesse caminho, Foucault (2003a) aponta a presença do biopoder, uma forma de sustentação do capitalismo que trouxe consigo métodos capazes de majorar as forças, as aptidões e a vida em geral, a partir de um investimento sobre o corpo vivo, sua valorização e a gestão distributiva de suas forças. O biopoder reforçou a ênfase no investimento e controle dos corpos, de modo que os fenômenos próprios à vida humana entraram na ordem do saber e do poder que passaram a tentar controlá-los e modificá-los. Isso influenciou a lógica de funcionamento de inúmeras instituições, garantindo a inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e o ajustamento dos fenômenos de população à economia. No hospital, entrou em cena o desenvolvimento da medicina hospitalar que, conforme Foucault (1979), aliou a disciplinarização do espaço hospitalar à transformação das práticas médicas. Isso permitiu a constituição de uma disciplina hospitalar baseada no esquadramento, vigilância e disciplinarização do doente/doença, transformando as condições do meio em que os doentes eram colocados. O biopoder e a disciplina, tida como técnica de exercício de poder, assumiram importante papel na organização de um saber/poder no hospital que caracterizam a instituição.

O cotidiano hospitalar é atravessado por diferentes modos de objetivação e subjetivação entrelaçados. Nesse sentido, Orlandi (2004) aponta a preocupação de Foucault com as práticas

discursivas e não discursivas que se investem sobre os corpos e não apenas com aquilo que o corpo é. Chama a atenção para as formas pelas quais o corpo é capturado em redes de saber e poder, à medida que nossa interioridade implica um complexo de dobras e redobras do fora que fazemos de nós mesmos em meio a redes de saberes, poderes e relações de forças. Ao ser colocado em relações de produção e de significação, para Foucault (1995), o sujeito é também inserido em complexas relações de poder que fazem dele um sujeito, marcam sua individualidade e lhe impõem uma verdade que deve ser reconhecida por ele e pelos outros. A presença maciça de regimes de verdade no hospital impede a visibilidade das múltiplas experiências de envelhecer, adoecer e permanecer hospitalizado em prol do saber profissional e das normas prescritas pela instituição.

O trauma físico e a hospitalização são imposições do fora independentes de planejamento ou desejo anterior, que trazem conseqüências que transcendem a dor física e se estendem às formas de viver. A condição física fragilizada exige imobilização, permanência no leito e dependência de outros para a realização dos cuidados. Ao abordar a imobilização do corpo, Lapoujade (2002) traz a questão “o que pode o corpo?” (p. 81), buscando chamar a atenção não apenas à atividade do corpo, mas à potência do corpo em si mesma, independente do ato pelo qual se exprime. O autor reconhece que a potência do corpo aparece sempre atrelada a uma resposta que afirma a superioridade do ato, do agente em relação à potência. Ele busca, entretanto, problematizar essa questão a partir da noção de corpo em autores como Nietzsche e Deleuze. Para isso, recorre à descrição dos corpos doentes, dissecados e supliciados descritos por Foucault no “Nascimento da Clínica” e em “Vigiar e Punir” e os corpos deformados das pinturas de Bacon para falar do corpo diminuído, deformado, no limite da impotência, como se não mais tivesse agente para deixá-lo organizado. A partir disso, aponta a necessidade de uma outra

definição de potência não mais concebida através de uma concepção aristotélica em função do ato. Propõe, então, a definição de uma potência própria ao corpo, liberta do ato, tendo em vista que esses corpos permanecem dotados de uma estranha potência superior à da atividade do agente.

Ao falar do corpo que não agüenta mais, Lapoujade (2002) destaca o papel das forças que agem do exterior e submetem o corpo como, por exemplo, a disciplina presente no ambiente hospitalar. O sistema de autodisciplina, tido pelo autor como a crueldade que se impõe aos corpos, interroga sua potência de resistir ao cansaço e ao sofrimento. Nesse ponto, o autor enfatiza o papel da resistência, já que é desde sempre e para sempre que não agüentamos mais, mas também é desde sempre e para sempre que resistimos. Resistimos às formas de fora impostas ao dentro para organizá-lo e, a partir dessa resistência, o corpo exprime sua potência própria. O sofrimento, nesse sentido, não diz respeito a um estado particular do corpo, mas sim à condição primeira do mesmo: condição de estar exposto ao fora e à possibilidade de ser afetado pela erupção contínua de encontros. O corpo se protege da insuportável exposição ao fora pela imobilização, insensibilidade e fechamento. O embrutecimento e a resistência contra o adestramento somados à exposição ao sofrimento aumentam a potência dos corpos. Aquilo que pode o corpo, sua potência, se mede pela sua exposição ao sofrimento, considerado como a “violência das feridas mais sutis”.

A partir do sofrimento imposto ao corpo, surgem complexos processos de subjetivação a partir de um si mesmo forçado a escolher num complexo campo de diferenciação: docilizar-se ou aderir a linhas de resistência em direção à vida (ORLANDI, 2004). Diante do adestramento, o corpo pode apenas escolher entre a doença, na forma de ressentimento, e a anestesia da passividade. Isso aparece quando o sofrimento dos “pacientes” toma a forma de um

ressentimento paralisante ou de uma docilização excessiva frente a tudo que lhe ocorre no ambiente hospitalar. Conservar e redobrar a doença ou desvitalizar a vida: em ambos os casos, retirar a potência do corpo. Quando essas duas possibilidades se associam, conforme Lapoujade (2002), se permanece doente e, ao mesmo tempo, insensível aos próprios sentimentos.

Em algumas situações, entretanto, entra em cena a estranha e surpreendente potência liberta do ato. A ênfase dada ao diagnóstico e ao prognóstico no ambiente hospitalar não mais dá conta da multiplicidade presente na experiência dos sujeitos. A violência sofrida pelo corpo produz efeitos nos modos de vida, gera um pensar sobre si e deixa de ser um acidente e se torna um acontecimento.

O acontecimento, para Carreteiro (2003), refere-se a um momento de mudança, de ruptura em uma história de vida, que produz disjunções na trama das representações prévias. Ele promove, conforme Figueiredo (1994), um rompimento da rotina e uma quebra dos dispositivos de construção e manutenção do tecido da realidade. O acontecimento não é algo que irrompe e transita, mas sim a própria ruptura e transição. Ele destroça e funda mundos, permanecendo suspenso em um "entre mundos". Situa-se, conforme Carreteiro (2003), entre dois mundos: o mundo da rotina que se crê conhecer e o mundo que se desconhece, mas para o qual se direciona a construção. Ao destroçar um mundo, de acordo com Figueiredo (1994), ele constitui uma prefiguração da morte e, ao fundar um mundo, ele cria solo para outros encontros novos campos e "ultrapassagens acontecimentais". O acontecimento refere-se a uma fenda que se produz no possível, ou seja, no mundo da realidade, remetendo a um mais além do possível que conserva a abertura que permite outros acontecimentos. O acontecimento, para Deleuze, está para além do simples acidente, ou seja, aquilo que nos acontece: é algo naquilo que nos acontece. Diferencia-se

de evento, segundo Pelbart (1998), pois não está relacionado aos fatos tidos na ordem sucessiva da história, mas sim aos acontecimentos errantes e sem lugar.

O termo “acontecimento traumático” é apontado por Figueiredo (1994, p. 158) como sendo o acontecimento que retira o solo de ancoragem em que se assenta a existência, ou seja, o fundo pré-reflexivo onde permanecem as figuras com as quais o sujeito lida em seu cotidiano e que lhe permitem a sensação de relativa segurança. O trauma abre uma “crise de confiança” (p.159), trazendo a desconfiança quanto à matriz de todas as representações possíveis, que oferecia a sensação anterior de segurança. Nesse caminho, Carreteiro (2003) aborda o conceito de acontecimento-ruptura, que traz consigo um esgarçamento de sentido para quem o experencia, mediante um rompimento radical dos recursos simbólicos e uma impossibilidade de buscar novas significações enquanto se está sob o efeito do acontecimento.

A primeira sistematização do acontecimento, segundo Pelbart (1998), foi realizada pelos estoícos que o concebiam através de sua dualidade constitutiva: seu plano incorpóreo e os corpos nos quais se efetua. Para falar dessa noção, Deleuze (1998) recorre ao pensamento estoíco, apontando a diferenciação feita entre duas espécies de coisas: os corpos e os estados de coisas correspondentes determinados pela mistura entre corpos; e dois planos do ser: o ser profundo e real (a profundidade dos corpos é feita de misturas entre eles) e do plano dos fatos (que se produzem na superfície do ser, formando uma multiplicidade infinita de incorporais). A partir disso, destaca que o acontecimento é um incorporal, um efeito do choque ou mistura entre os corpos, que ocorre na superfície dos mesmos. O acontecimento tem uma dupla estrutura: o momento presente da efetuação, no qual o acontecimento se encarna em um indivíduo ou estado de coisas e o futuro/passado infinitivo no qual o acontecimento é livre de um estado de coisas (contra-efetuação). Apesar do acontecimento ser um incorporal, que precisa dos corpos para se

efetuar, ele não se reduz à sua efetuação, ou seja, ao acidente. O passado e o futuro do acontecimento, conforme Pelbart (1998), estão livres de um indivíduo ou estado de coisas e só podem ser julgados em função do presente. O tempo do acontecimento difere do presente vivo que passa, do tempo cronológico e pertence à outra ordem temporal.

Tanto Figueiredo (1994) quanto Carreteiro (2003) também fazem considerações a respeito da temporalidade do acontecimento. O acontecimento traumático, conforme Figueiredo (1994), é um acontecimento inconcluso, que não se consuma, não transita, não acaba de acontecer e não chega a constituir uma história. O acontecimento-ruptura, trazido por Carreteiro (2003), cria uma nova temporalidade que rompe com a idéia de linearidade que divide o tempo entre o antes e o depois, produzindo uma inflexão temporal.

O tempo do acontecimento, conforme Deleuze (1998), é o Aion que difere do tempo cronológico. O presente é capaz de medir apenas a efetuação temporal do acontecimento, ou seja, sua encarnação na profundidade dos corpos ou estado de coisas (acidente), mas deixa escapar a verdade eterna do acontecimento: o Aion, que o divide eternamente em passado próximo e futuro eminente. O acontecimento ultrapassa o acidente. À medida que não tem presente, recua e avança em dois sentidos simultaneamente: o que acabou de ocorrer e o que vai se passar, mas nunca aquilo que passa. Existe, segundo Pelbart (1998), apenas o presente do instante móvel que representa o acontecimento, sempre desdobrado em passado-futuro, ou seja, a contra-efetuação. Para que se possa apreender a verdade eterna do acontecimento, é necessário que ele se inscreva, se efetue na carne. A partir da transmutação da contra-efetuação, o acontecimento é liberado de seu confinamento na efetuação. Ocorre, então, a duplicação de cada fato, surgindo uma parte secreta do acontecimento que não se refere nem a sua realização ou atualização; uma parte que não pode se atualizar, implicando em uma virtualidade pura que sobrevém e espera. O

acontecimento é relacionado por Deleuze (1998) ao devir ilimitado, incorporal, com todas as reviravoltas que lhe são próprias. Não se pode dizer que o acontecimento existe, já que ele é um incorporal, mas sim que insiste ou subsiste na superfície das coisas. Assim, é representado sempre por verbos no infinitivo e nunca por substantivos ou adjetivos.

Figueiredo (1994) traz algumas relações entre acontecimento e temporalidade, contrapondo o tempo como desenvolvimento ou evolução ao tempo dos acontecimentos. Existem, para o autor, dois momentos em cada acontecimento: uma quebra de sentido e a re-emergência de sentido que reconstitui o passado e descortina um novo futuro. O acontecimento tem uma temporalidade intrínseca sobre a qual se dá o trânsito do surgimento de um inominável a um sentido produzido a posteriori. Em função do seu potencial disruptivo e do impacto que traz à existência, o acontecimento divide o tempo em antes e depois, velhos e novos tempos. O acontecimento, segundo Carreteiro (2003), impede o sujeito de representar como antes, já que toda a atividade de atribuição de sentido sobre o acontecimento está anestesiada e vazia de sentido. A atribuição de sentidos, para a autora, não pode ser feita sob o efeito do próprio acontecimento, pois é necessário um trabalho de distanciamento, luto e construção futura a partir do qual a temporalidade poderá começar a ser re-tecida.

Nesse ponto, Deleuze (1998) destaca que o acontecimento já é o sentido, de modo que a atribuição de sentido não se dá a posteriori. O acontecimento, para ele, é co-extensivo ao devir, o qual é co-extensivo à linguagem, existindo uma relação essencial entre acontecimento e linguagem, pois os acontecimentos são expressos através de proposições. A proposição é formada por três dimensões: designação, manifestação e significação. A designação ocorre através da associação das palavras com imagens particulares que devem representar o estado de coisas. A manifestação é a relação da proposição ao sujeito que fala, apresentando-se como o enunciado

dos desejos e crenças correspondentes à proposição. A significação trata da relação da palavra com conceitos universais e gerais. Para o autor, o sentido não pode ser localizado em nenhuma dessas três dimensões, pois toda a designação supõe o sentido no qual nos instalamos para designar; o Eu não é primeiro e suficiente na ordem da fala porque envolve significações que já devem estar desenvolvidas por si na língua; à medida que definimos a significação como a condição de verdade, lhe damos um caráter que já é do sentido. A partir disso, propõe uma quarta dimensão da proposição: o sentido, tido como o expresso da proposição, que não se confunde com a proposição, com seus termos, com os estados de coisas, conceitos universais ou crenças pessoais. O sentido, para ele, é um incorporeal, neutro e indiferente ao geral e ao particular, ao singular e ao universal, ao pessoal e ao impessoal. Assim, não existe o sentido de um acontecimento, já que o acontecimento é o próprio sentido. O sentido-acontecimento é o expresso da proposição, mas não se confunde com a proposição que o exprime nem com o estado de coisas ou qualidade que ela designa. Ao falar da noção de acontecimento para Deleuze, Foucault (2000) ressalta a necessidade de uma lógica mais complexa, à medida que o acontecimento não é um estado de coisas referente a uma proposição:

No limite dos corpos profundos o acontecimento é incorporeal (superfície metafísica); na superfície das coisas e das palavras, o incorporeal acontecimento é o sentido da proposição (dimensão lógica); no fio do discurso, o incorporeal sentido-acontecimento está preso pelo verbo (ponto infinitivo do presente). (p. 89)

Deleuze estabelece um paralelo entre pensamento e acontecimento. Ao abordar o pensamento, Pelbart (2007) ressalta a crítica de Deleuze à imagem dogmática do pensamento eminentemente moral apoiada na reconhecimento, que acopla um eu supostamente unitário e um objeto correlato, incidindo sobre os valores estabelecidos. Deleuze (2006) distingue duas espécies de coisas: as que deixam o pensamento tranqüilo e as que forçam a pensar. As primeiras não nos

permitem sair da reconhecimento, do reconhecimento, enquanto as segundas fazem nascer o ato de pensar do pensamento, através de uma estranheza, uma inimidade capaz de tirar o pensamento de seu estupor natural. O pensamento só é possível somente quando algo no mundo nos força a pensar em presença daquilo que só pode ser sentido mediante um encontro que coloca um problema.

O paradoxo, para Deleuze (2006), traz esse arrombamento, a paixão do encontro e a perturbação constante que não dá lugar ao conformismo. O paradoxo deixa de ser um divertimento para se tornar a paixão do pensamento através do encontro que força a pensar. Enquanto o senso comum preserva a identidade do sujeito universal no qual convergem todas as faculdades, o paradoxo desafia o senso comum, a faculdade de identificação e a reconhecimento. O paradoxo afirma múltiplos sentidos simultâneos e várias direções, sabota a reconhecimento, a identidade do sujeito que reconhece e a permanência (duas faces do presente), introduzindo um devir-louco. Ao corroer a idéia de sentido, o paradoxo desafia uma idéia de tempo, fazendo emergir outros sentidos e outra temporalidade: o tempo do pensamento e o tempo do acontecimento (PELBART, 1998).

A dor, o sofrimento, o desassossego e o estranhamento diante da própria vida aparecem como disparadores no sentido de proporcionar uma afecção. O pensamento surge como possível a partir da afecção, do confronto, em situações singulares nas quais nos debatemos com o poder e tentamos utilizar suas forças ou fugir de suas armadilhas. O acidente ultrapassa aquilo que nos acontece. Para muitos, torna-se impossível permanecer anestesiado diante da produção de efeitos do trauma e da hospitalização. Através da ruptura com o anterior, através do acidente, surge a possibilidade de inaugurar um novo terreno, produzir novos encontros. A partir das afecções despertadas no encontro com as forças do Fora presentes no hospital, múltiplas dobras serão

produzidas nos sujeitos. Os efeitos disso estão para além do período de internação hospitalar, invadindo o processo de reabilitação, bem como o restante da vida dos sujeitos.

A partir de tais questões, a pesquisa teve como objetivo geral estudar o processo de subjetivação em mulheres com sessenta anos ou mais hospitalizadas na Linha de Cuidado do Trauma do Idoso e como objetivos específicos: compreender o impacto do trauma físico na subjetivação de mulheres com sessenta anos ou mais hospitalizadas na Linha de Cuidado do Trauma do Idoso no Hospital Cristo Redentor do Grupo Hospitalar Conceição; e entender a produção de efeitos da hospitalização na subjetivação de mulheres com sessenta anos ou mais internadas na Linha de Cuidado do Trauma do Idoso no Hospital Cristo Redentor do Grupo Hospitalar Conceição.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A construção do projeto de pesquisa se deu ao longo do ano de 2008 e sua qualificação em janeiro de 2009. Após alterações feitas a partir de sugestões da banca examinadora, o projeto foi submetido em fevereiro de 2009 à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e aprovado em maio do mesmo ano (Parecer nº 09-010).

Este capítulo aborda os caminhos percorridos pela pesquisa e está subdividido em metodologia, participantes da pesquisa, entrevistas e procedimentos para produção dos dados e análise do material.

3.1 METODOLOGIA

O processo de pesquisa, de acordo com Minayo (2008), é um movimento constante de definição e redefinição do objeto em todas as suas etapas, pois o conhecimento implica em um exercício de cooperação entre os investigadores que trabalham sobre as descobertas uns dos outros. A partir da intersubjetividade inerente às diferentes modalidades do processo de conhecimento e da inacessibilidade e incontrolabilidade do objeto, a autora destaca a relevância da pesquisa exploratória.

A pesquisa qualitativa, segundo Eizirik (2003), não se preocupa com a verificação/comprovação de hipóteses e nem com a busca de uma verdade. Ela consiste em uma tentativa de conhecer as múltiplas verdades que habitam o segmento investigado através da lógica da descoberta e não da lógica da verificação. Não há nenhuma fórmula geral que possa ser aplicada a todas as pesquisas qualitativas. É necessário ir ao encontro da realidade, misturar-se com o mundo e com os outros sujeitos, fazer um recorte, investigar um problema, permanecendo sempre atento aos efeitos que ele próprio causa sobre seu objeto de estudo: as pessoas. Tais ações traduzem uma metodologia, exigem teorias e conceitos como fios condutores, compromisso com a realidade e com os sujeitos, além de vigilância epistemológica e comportamento ético. O tratamento dos dados é complexo, exige maturidade teórica por parte do pesquisador que deve permanecer flexível aos aportes da realidade, mas sempre atento às questões que norteiam sua pesquisa e aos operadores conceituais. O rigor no registro das informações é fundamental. Os resultados se dão através da ressonância provocada nos leitores, da identificação e do compartilhamento de idéias e sentimentos.

A partir dos aspectos acima trazidos e dos objetivos da pesquisa, optou-se pela realização de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa.

Tendo em vista a minha inserção no Grupo Hospitalar Conceição como funcionária do Hospital Cristo Redentor e psicóloga atuante na Linha de Cuidado do Trauma do Idoso, a análise de implicação ao longo da pesquisa foi considerada fundamental para a compreensão dos atravessamentos institucionais presentes tanto na hospitalização das idosas e seus processos de subjetivação quanto na pesquisa em si.

Conforme Altoé (2004), a implicação em René Lorau está sempre presente em nossas adesões, rechaços motivações, desmotivações, participações e não participações, bem como nossos investimentos ou desinvestimentos. Não pode ser considerada boa ou má, pois envolve um nó de relações. Seu conceito opõe-se radicalmente às pretensões de objetividade pré-determinadas pelos pesquisadores em ciências sociais. A implicação tem como objetivo acabar com as ilusões quanto às imposturas de neutralidade analítica herdada de um cientificismo ultrapassado. Ela busca superar a contradição entre a concepção de instituição exterior ao homem advinda da sociologia positivista através de uma outra concepção de instituição que sintetiza as instâncias objetiva e imaginária. A partir disso, pode-se compreender a instituição como algo simultaneamente interno e externo ao observador, o qual permanece sempre implicado no campo de observação, transformando o objeto de seu estudo (ALTOÉ, 2004, p. 83).

O que vale para a ética da pesquisa, conforme Altoé (2004), não é a implicação, mas sim sua análise. Nesse sentido, é importante destacar que, como a pesquisa contava com a participação de idosas hospitalizadas na Linha de Cuidado do Trauma do Idoso, (onde eu atuava no atendimento psicológico aos pacientes) os papéis de pesquisadora e de psicóloga clínica foram problematizados desde a elaboração do projeto e constantemente discutidos ao longo da pesquisa. Na tentativa de evitar possíveis confusões entre o lugar de pesquisadora e as intervenções como psicóloga do local foram estabelecidas algumas combinações prévias com o Setor de Psicologia do Hospital Cristo Redentor. A partir disso, ficou estabelecido que, durante o período de realização da pesquisa de campo, todos os pacientes que estivessem participando da pesquisa e necessitassem de alguma intervenção clínica por parte da psicologia seriam acompanhados por outros profissionais do setor.

Como estratégia metodológica, foi construído um diário de campo e a realização de entrevistas. O diário de campo, para Minayo (2008), é um importante instrumento quando se realiza uma observação em qualquer nível. Nele são registradas impressões pessoais, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios em relação às falas ou outras informações que não constam nas entrevistas formais. O uso dessas informações é fundamental para tornar a pesquisa de campo mais verdadeira, favorecendo a qualidade e a profundidade das análises. O diário de campo é um instrumento interessante para análise de implicação. Conforme Altoé (2004), a implicação está relacionada ao implícito do texto, designando não o que permanece escondido, mas sim o ponto de vista do “autor implicado” (p. 252), os níveis de escritura autorizados ou proibidos pela instituição. Sua análise permite compreender o implícito presente nas relações com o objeto, com a encomenda social e com a instituição. Dentro disso, dois níveis de análise de implicação são destacados: implicações primárias e secundárias. As implicações primárias referem-se às implicações do pesquisador-praticante com seu objeto de pesquisa, com a instituição de pesquisa, com a equipe de pesquisa e com as demandas sociais. Já as implicações secundárias dizem respeito às implicações sociais e históricas relacionadas aos modelos epistemológicos utilizados, bem como às implicações na escrita e na exposição da pesquisa. Nesse sentido, a elaboração do diário de campo serviu como um registro para além do conteúdo expresso nas entrevistas realizadas com as participantes, permitindo maior compreensão de suas falas a partir do contexto institucional em que se encontravam inseridas.

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O projeto de pesquisa previa a participação de seis mulheres com sessenta anos ou mais hospitalizadas na Linha de Cuidado do Trauma do Idoso para tratamento cirúrgico de fratura de fêmur. Para seleção dos participantes, foram utilizados como critérios de inclusão: ausência de diagnóstico anterior de demência; condições de ouvir e expressar-se oralmente; residência em Porto Alegre e/ou Grande Porto Alegre, aceitação quanto à participação da pesquisa e concordância quanto à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pouco tempo antes do início das entrevistas, aconteceram algumas mudanças administrativas no funcionamento do hospital que provocaram uma redução no número de admissões de pacientes na linha. A partir disso, a pesquisa enfrentou algumas dificuldades quanto à seleção dos participantes em razão da diminuição de pacientes que preenchessem os critérios de inclusão. Também quatro das participantes que começaram as entrevistas não tiveram condições de dar seguimento às mesmas por questões de saúde.

As condições acima descritas levaram à redução do número previsto anteriormente. O estudo contou com a participação de quatro mulheres com idade acima de 60 anos residentes em Porto Alegre e Grande Porto Alegre hospitalizadas na Linha de Cuidado do Trauma do Idoso entre maio e setembro de 2009 de para tratamento de fratura de fêmur.

3.3 ENTREVISTAS

Foram realizadas seis entrevistas com cada uma das participantes: quatro durante a hospitalização e duas após a alta hospitalar (30 e 60 dias). Para que as entrevistas no hospital fossem feitas em diferentes momentos da hospitalização, foi feito um planejamento prévio quanto ao momento de realização de cada uma delas: duas no período inicial da internação que antecede a realização do procedimento cirúrgico e duas após a realização da cirurgia, sendo a quarta entrevista próxima à alta hospitalar. Para estas entrevistas foram elaborados alguns tópicos específicos a serem abordados em cada uma delas.

Na primeira entrevista foram abordadas questões como dados de identificação dos participantes (idade, estado conjugal, profissão, cidade / bairro), história de vida (família, rede de apoio, atividades realizadas), histórico de problemas de saúde (doenças e hospitalizações anteriores), fratura, chegada ao hospital e hospitalização. A segunda entrevista versou sobre questões relativas à hospitalização e à necessidade de imobilização no hospital, bem como a perspectiva quanto à cirurgia e o pós-operatório. A terceira entrevista abordou o ato cirúrgico; o “ser cuidado” no hospital e a perspectiva quanto à alta hospitalar. Já a quarta entrevista versou sobre o momento de hospitalização e retomava a perspectiva quanto à alta hospitalar.

As entrevistas realizadas após a saída do hospital abordavam a saída do hospital, a rotina fora da instituição e o retorno, ou não, às atividades anteriores ao trauma físico. Tais tópicos gerais eram sistematicamente enriquecidos a partir da(s) entrevista(s) anterior feita com cada participante.

3.4 PROCEDIMENTOS

Neste item vão ser descritos tanto os procedimentos da pesquisadora para a produção dos dados quanto para a análise dos mesmos.

3.4.1 Procedimentos para Produção dos Dados

No primeiro contato com as participantes, foram prestados esclarecimentos sobre a pesquisa, sobre a necessidade de gravação das entrevistas, sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sobre minhas atividades de pesquisadora e não de psicóloga clínica naquela situação.

Após a concordância com a gravação das entrevistas, apresentação, leitura e questionamentos a respeito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, esse era assinado pelas participantes que concordaram em participar do estudo. Mesmo sendo informadas que a pesquisa não constituía um procedimento padrão do hospital, algumas pessoas mostraram-se surpresas com a possibilidade de recusar participar dela, acreditando que no ambiente hospitalar os pacientes devem se submeter a todos os procedimentos sem questionamento.

Nos casos em que as participantes necessitaram de acompanhamento psicológico durante a hospitalização, isso foi oferecido por outra profissional do Serviço de Psicologia do hospital. Nenhuma delas, no entanto, manifestou o desejo de realizar acompanhamento psicológico mesmo

nos momentos em que se mostravam mais fragilizados. Quando questionados nesse sentido, enfatizavam a produção de efeitos das entrevistas feitas para a pesquisa, mesmo que esse não fosse o objetivo das mesmas.

As entrevistas durante a internação hospitalar foram feitas nos quartos das pacientes, tendo em vista a impossibilidade de locomoção das pessoas tanto antes como depois da realização da cirurgia. A maioria dos quartos do Hospital Cristo Redentor abriga mais de um leito hospitalar, o que trouxe alguns prejuízos quanto à privacidade dos participantes em vários momentos. Buscou-se minimizar tal questão através de combinações com os acompanhantes dos pacientes e colegas de quarto para que saíssem do quarto durante a entrevista. O mesmo foi feito com a equipe de enfermagem, buscando evitar ao máximo as interrupções durante as gravações. Ainda assim, as entrevistas no hospital foram marcadas por inúmeras interrupções tanto por parte de familiares como de profissionais do hospital que necessitavam realizar determinados procedimentos naquele momento.

As entrevistas domiciliares foram previamente agendadas com as participantes e realizadas em suas residências, com a exceção de uma participante que preferiu realizar as entrevistas após a alta hospitalar em sala do ambulatório do hospital. Diferentemente do ambiente hospitalar, tais entrevistas contaram com um ambiente mais tranquilo, livre de interrupções e com maior privacidade. Estar na residência das participantes possibilitou conhecer o ambiente onde vive cada uma, observar sua relação com os familiares e sua condição física, o que serviu como disparador para pensar uma série de questões que permaneciam invisíveis diante da padronização dos sujeitos no hospital.

3.4.2. Procedimentos para Análise do Material

A média de permanência dos pacientes na Linha de Cuidado do Trauma do Idoso é de, aproximadamente, 10 dias. Em virtude disso, a gravação de cada entrevista era transcrita logo após a sua realização para que seu conteúdo pudesse ser analisado junto à orientação, permitindo a emergência de novas questões a serem trabalhadas na entrevista posterior.

Após a realização das entrevistas, o conteúdo transcrito, as observações feitas em diário, bem como as questões levantadas junto à orientação foram reunidas e passaram por nova análise, objetivando a emergência de novas questões diante de um olhar mais integrado. A partir da leitura do material, decidiu-se organizá-lo em função dos diferentes momentos vividos pelos participantes ao longo da pesquisa, percorrendo os momentos iniciais da internação antes da realização do procedimento cirúrgico, o período final da internação, a saída do hospital e o cotidiano no período após a alta hospitalar (retomada ou não das atividades). Esse conteúdo foi relacionado ao problema de pesquisa e aos objetivos do estudo, sendo constantemente pensado a partir do referencial teórico trabalhado quanto ao envelhecimento, trauma físico e subjetivação.

A partir do material obtido nas entrevistas, foi possível construir um apanhado relacionado à história de vida de cada participante. Histórias que serão apresentadas no início do capítulo seguinte.

4 A VOZ DAS IDOSAS

O objetivo deste capítulo é visibilizar o material produzido através do diário de campo e das entrevistas. Busca construir relações entre o conteúdo trazido pelas participantes e questões teóricas relacionadas ao envelhecimento e ao trauma físico. A noção de subjetivação em Foucault e o conceito de dobra em Deleuze atuam como fios condutores para pensar os processos de subjetivação ao longo do trabalho.

4.1. QUEM SÃO ESTAS IDOSAS HOSPITALIZADAS POR FRATURA DE FÊMUR?

O tópico apresenta uma breve história de vida de cada uma das participantes a partir de suas falas durante a realização da pesquisa. Tem como objetivo dar visibilidade às diferentes biografias atrás de cada sujeito capturado pela mesma condição de sujeição: idosa hospitalizada por fratura de fêmur.

4.1.1 Terezinha

Terezinha tem 79 anos de idade, é natural de Camaquã e pertence a uma família de 12 filhos. Ao longo de sua vida, teve um companheiro, pai de suas quatro filhas, do qual se separou já há algum tempo. Há mais de 24 anos, Terezinha mora no bairro Rubem Berta em Porto Alegre

junto de uma das filhas e dois netos já adultos. No andar de baixo do mesmo edifício, reside outra de suas filhas, netos e bisnetos.

Terezinha foi criada por um casal de estancieiros em uma fazenda da região, onde sua mãe trabalhava como doméstica. Após o falecimento do casal, Terezinha passou a morar com uma família que empregava sua tia e, quando tinha 15 anos de idade, veio com eles para Porto Alegre, onde permaneceu trabalhando na casa da família e também estudando. Algum tempo depois, começou a trabalhar como faxineira em outras casas e, logo em seguida, como cozinheira em um restaurante, no qual permaneceu durante 20 anos. Quando saiu do restaurante, trabalhou por pouco tempo em um bar da cidade e, posteriormente, como cuidadora de uma senhora idosa. Após o falecimento dessa senhora, Terezinha passou a trabalhar na casa da família, tornando-se responsável pelos cuidados de dois meninos. Permaneceu na casa durante o crescimento dos mesmos e, posteriormente, ainda trabalhou na casa de um deles, auxiliando nos cuidados de sua filha atualmente com 15 anos de idade.

Com a ajuda dessa família, Terezinha conseguiu se aposentar. Em função do surgimento de problemas de saúde como hipertensão e diabetes, Terezinha passou a dedicar-se apenas às atividades de sua casa e ao convívio de sua família. Para o tratamento dessas questões, Terezinha buscou o Hospital de Clínicas de Porto Alegre no qual conseguiu ser incluída no plano de saúde da filha, auxiliar de nutrição do hospital.

Terezinha é bastante comunicativa e gosta de cultivar amizades. Em momentos anteriores, Terezinha freqüentava o Centro Vida e participava de festas e bailes junto de vizinhas do bairro Rubem Berta e de amigas feitas na época em que residiu no Bairro Bom Jesus na capital.

Atualmente, Terezinha e suas amigas costumam sentar na frente do seu prédio em cadeiras de praia nas noites quentes, onde permanecem conversando.

Ao descrever sua rotina anterior ao acidente, Terezinha contava costumar sair todas as manhãs para comprar verduras, ir ao supermercado e ao açougue, enquanto sua filha e netos iam trabalhar. Ao retornar, limpava a casa, colocava a roupa na máquina de lavar e cozinhava seu almoço. À tarde, buscava o bisneto no colégio e, à noite, fazia comida para o neto que morava com ela.

Em maio de 2009, Terezinha recebeu em sua casa um vendedor. Após a saída dele de seu apartamento, Terezinha percebeu que o portão do prédio poderia estar fechado e resolver descer para abri-lo. Ao descer a escada, Terezinha escorregou no último degrau e caiu, batendo na porta da frente de uma vizinha que a socorreu e chamou sua filha. Logo em seguida, seu genro a levou de carro para o Hospital Cristo Redentor. Quando chegou ao hospital, foi atendida pelo médico que a informou da existência de uma fratura no fêmur e da necessidade de realização de uma cirurgia.

No momento da hospitalização, Terezinha, que tinha sido hospitalizada anteriormente apenas para o nascimento das filhas, se considerava muito mobilizada, com medo de morrer no hospital sem ver sua família. Após a realização de exames no Hospital Cristo Redentor, foi informada da presença de sérios problemas renais e da necessidade da realização de hemodiálise. A partir de então, passou a fazer sessões de hemodiálise no Hospital Conceição durante o período de internação no Hospital Cristo Redentor, considerando o procedimento mais tranqüilo do que imaginava anteriormente.

Antes da realização da cirurgia, Terezinha permaneceu acamada, com limitações de movimento na cama e fazendo uso de fraldas. Nos primeiros momentos, Terezinha ria e comentava não sentir-se prejudicada em função disso. Aos poucos, passou a falar das dificuldades que vinha enfrentando nesse sentido, considerando-se extremamente constrangida. Destacava a praticidade do uso de fraldas, o bom atendimento que vinha recebendo por parte da parte da enfermagem, mas se dizia muito exposta e humilhada.

Após a realização da cirurgia, Terezinha se dizia um pouco perdida no tempo, mas se mostrava aliviada em função da realização da cirurgia, considerando-se “livre dessa”. Mesmo diante da presença de dor intensa, fazia exercícios com o fisioterapeuta, chegando a sentar algumas vezes na poltrona com a ajuda do profissional.

As filhas e uma das netas de Terezinha se faziam presentes nos diferentes momentos da hospitalização. Junto delas, Terezinha planejava algumas questões relacionadas ao período após a alta hospitalar, como o aluguel de uma cadeira de rodas e a mudança para a casa da filha que residia no andar de baixo.

Na noite anterior à alta hospitalar, Terezinha sentiu-se mais angustiada, destacando a presença de angústia intensa e dor no peito. Ao falar sobre isso, Terezinha contava sentir-se entristecida pela ausência de suas amigas no hospital. Falava de suas expectativas quanto ao período após a alta hospitalar, ressaltando a importância do convívio com seus familiares e o desejo de retornar às suas rotinas o quanto antes.

Terezinha teve alta do Hospital Cristo Redentor e passou a morar no apartamento da outra filha em companhia dos netos e bisnetos. Deu continuidade às sessões de hemodiálise em uma clínica vinculada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre para a qual era levada três vezes por

semana por um motorista contratado pelas filhas. Trinta dias após a alta hospitalar, Terezinha descrevia sua rotina após a saída do hospital, destacando a imobilização e o uso de fraldas. Muito emocionada e chorando, contava sentir-se o “nenê da casa”, dependendo das filhas para tomar banho e trocar as fraldas. As dificuldades no uso da cadeira de rodas em função do pequeno espaço dentro do apartamento e da presença de escadas no edifício faziam com que Terezinha tivesse que ser, freqüentemente, carregada pelo genro e netos. Ao comparar suas expectativas no hospital e a realidade que vinha enfrentando, Terezinha mostrava-se muito decepcionada em função da permanência do uso de fraldas e da dependência de outras pessoas para a realização de seus cuidados pessoais. Ao falar sobre seus sentimentos com relação à sua condição, comentava sentir-se inútil e apavorada.

Terezinha ressaltava a importância da família em sua reabilitação, bem como o carinho das filhas na realização de seus cuidados. Mesmo considerando-se paralisada e entristecida naquele momento, destacava o desejo que tinha de voltar a caminhar, relacionado a isso à possibilidade de felicidade.

Na primeira consulta ambulatorial com traumatologista do Hospital Cristo Redentor, Terezinha retirou os pontos da cirurgia e foi informada de que deveria começar a caminhar o quanto antes. A partir disso, tentou utilizar o andador algumas vezes, mas não se adaptou ao seu uso e pouco tempo depois o abandonou. Aos poucos, começou a tentar caminhar com a ajuda das filhas. Posteriormente, começou a caminhar usando os móveis da casa como apoio até que, dois meses após a saída do hospital, já conseguia caminhar sem necessidade de andador ou bengala. Assim que iniciou as primeiras tentativas de caminhada, Terezinha decidiu retirar as fraldas e passou a usar o banheiro. Logo em seguida, não precisou mais de acompanhante durante as

sessões de hemodiálise, sendo levada pela Kombi da clínica e auxiliada apenas pelos enfermeiros do local.

Terezinha comentava sentir-se realizada em função do início da deambulação e da retirada das fraldas. Contava que já tomava banho sozinha e, mesmo escondida das filhas que não a deixavam fazer nada, realizava várias atividades em casa como limpar a louça, varrer a casa e lavar roupa. Ao falar de si, Terezinha contava estar sentindo-se melhor se comparada a momentos anteriores, mas destacava não estar ainda como queria. Nesse sentido, enfatizava a necessidade de ir devagar, no limite e com paciência.

4.1.2 Alda

Alda tem 82 anos de idade e reside no centro de Porto Alegre. Nasceu na cidade de Canguçu no interior do Rio Grande do Sul, onde se casou. Logo após o casamento, Alda foi morar em Minas do Butiá, onde permaneceu por 19 anos em função do trabalho de seu esposo em uma Companhia de Mineração. Nesse período, dedicava-se às tarefas da casa, aos cuidados dos dois filhos que lá nasceram e à costura. Quando seus filhos terminaram o Segundo Grau, passaram a residir em Porto Alegre para fazer curso superior. Pouco tempo depois, o marido de Alda se aposentou e o casal decidiu morar na capital para permanecer junto dos filhos.

Ao chegar a Porto Alegre, aos 46 anos de idade, Alda abriu um atelier de costura com uma amiga no centro da cidade, no qual permaneceu trabalhando por 10 anos. Depois disso, o prédio foi vendido e a sociedade desfeita. Alda parou de costurar aos 60 anos de idade e decidiu

se aposentar. Como pagava o INPS, Alda considerava ter se aposentado muito bem. Após a dissolução da sociedade no atelier, perdeu o contato com a amiga costureira, que residia em Canoas. Passou a costurar apenas pequenas coisas, fazer algumas reformas e doar alguns de seus tecidos para a campanha do agasalho todos os anos, dedicando-se aos cuidados da casa.

Assim que se mudou para a capital, Alda teve um fibroma no útero e foi submetida a uma cirurgia no Hospital Fêmeina. Três meses depois, passou por outro procedimento cirúrgico para tratamento de uma hérnia em decorrência da cirurgia anterior. Em 2000, realizou uma biópsia em função de uma secreção que vinha apresentando na mama, na qual foi detectada a presença de um tumor que a levou a realização de uma cirurgia para retirada da mama e para colocação de prótese.

O filho de Alda cursou faculdade de Engenharia, casou e teve dois filhos. Seu neto formou-se em Direito e sua neta ainda cursa Farmácia na UFRGS. A filha de Alda, atualmente com 50 anos de idade, formou-se em Contabilidade, casou e, aos 25 anos de idade, ficou viúva. Depois disso, decidiu não casar novamente e não ter filhos. Alda contava que a filha tem uma boa condição de vida, pois herdou, em outras coisas, uma fazenda perto da cidade de Encruzilhada.

Alda morava com o marido no centro da Capital e mantinha contato freqüente com a filha viúva e aposentada que a visitava todos os dias. Pela manhã, arrumava a casa, as roupas e fazia almoço para a família. Ambos aposentados, o casal gostava de passear pela cidade, considerando ter uma vida muito tranqüila e com qualidade de vida. Ao falar sobre seu círculo de amizades, Alda contava conviver mais com a família, mantendo amizades apenas com vizinhos e com uma comadre que morava no bairro Cristal em Porto Alegre.

No final de maio de 2009, Alda estava em seu quarto vendo novela quando decidiu se levantar para pegar um copo d'água, tropeçou no pé da cama e caiu. Quando quis se levantar, percebeu que não tinha condição e, sentido muita dor, chamou seu esposo. Esse ligou para a filha e para a Eco Salva que trouxe Alda ao Hospital Cristo Redentor. Ao ser examinada pelo médico na emergência do hospital foi comunicada da presença de uma fratura no fêmur e da necessidade de realização de cirurgia como tratamento.

Nos primeiros momentos da internação hospitalar, Alda mostrava-se mobilizada em função da queda e da necessidade de hospitalização. Antes de realizar a cirurgia, não se considerava nervosa, enfatizando que tentava não pensar no procedimento. Após a cirurgia, contava ter tido uma queda de pressão durante o procedimento o que a deixou bastante assustada. Ao falar sobre a hospitalização, se dizia muito bem tratada, mas destacava a falta que sentia de casa, relatando o incômodo que sentia em não poder movimentar sua perna e estar presa ao leito. Mesmo considerando-se abalada em razão da dependência de outros para seus cuidados pessoais e constrangida em função do uso de fraldas, Alda destacava a importância da paciência diante das rotinas do hospital.

Ao falar sobre o período após a alta hospitalar, Alda planejava a mudança, junto do marido, para o novo apartamento da filha. Acreditava que sua rotina voltaria ao normal após um tempo, pretendendo passear e se comunicar com as pessoas como fazia anteriormente.

Ao sair do hospital, Alda foi levada pela Eco Salva ao apartamento novo da filha. Ainda hospitalizada, contratou uma auxiliar de enfermagem do local que ajudou em seus cuidados domiciliares por trinta dias. Aos poucos, interrompeu o uso de fraldas, passou a sair da cama em alguns momentos utilizando uma cadeira de computador de rodinhas como apoio e começou a ir

ao banheiro sozinha. Trinta dias após a saída do hospital, mesmo com condições de sentar, Alda ainda permanecia boa parte do tempo deitada na cama da filha, comentando sentir-se bem assim. Contava que, em alguns momentos, conseguia levantar-se sozinha, se locomovia pela casa com a ajuda da cadeira e ajudava a filha na cozinha. Ao abordar as limitações que apresentava em função do trauma, destacava ainda sentir-se amarrada porque não saía de casa. Mesmo residindo longe do esposo, Alda sentia-se bem porque recebia suas visitas todos os dias, se considerando adaptada na casa da filha. Ao lembrar o período de hospitalização, considerava-o o pior momento de sua vida, enfatizando o constrangimento que sentiu em função do uso de fraldas e da exposição do corpo.

Dois meses após ter saído do hospital, Alda ainda residia na casa da filha e realizava sessões de fisioterapia semanalmente. Contava estar conseguindo ajudar muito a filha na cozinha e dizia estar sentindo-se bem melhor. Mesmo diante das recomendações médicas para dar início à deambulação fora de casa com ajuda do andador, Alda ressaltava as dificuldades que sentia nesse sentido em função de dor nas costas. Havia saído de casa apenas algumas vezes para ir ao médico e ao supermercado, sempre acompanhada da filha e marido. Lembrava do período em que esteve hospitalizada e se considerava uma “pessoa que não reclama de nada”. Comentava ter “passado um pouco de trabalho” no começo, mas acreditava que “já havia passado”.

4.1.3 Iolanda

Iolanda tem 75 anos de idade, reside sozinha em apartamento na capital e é viúva há, aproximadamente, 27 anos. Seu marido foi diretor do banco Sulbrasileiro, sempre teve boa

condição econômica e era o único responsável pelo sustento da família. Iolanda nunca trabalhou fora de casa e gostava muito das atividades domésticas, tais como faxina e decoração. Não chegou a aposentar-se, mas recebeu uma quantia significativa no falecimento de sua mãe, com a qual construiu uma bela casa na praia de São Lourenço. Além disso, contava com a aposentadoria deixada pelo esposo para seu sustento.

Iolanda é mãe de um casal de filhos. Sua filha tem aproximadamente 40 anos, é solteira e saiu de sua casa há quatro anos, quando ganhou da mãe um apartamento. Passou, então, a residir a meia quadra da casa da mãe. É professora de artes e chegou a trabalhar 60 horas por semana tanto no Estado como no Município em outros momentos. Posteriormente, aposentou-se no Estado e permaneceu trabalhando apenas 20 horas semanais no município, tendo mais tempo livre para realizar as atividades das quais mais gostava como pintura, yoga, ginástica e aulas de dança. Com a saída da filha de casa, Iolanda passou a morar sozinha. Ainda assim, as duas conviviam bastante, realizando juntas diversas atividades como passeios, cinema, palestras e conferências. Em função do contato permanente com a filha, Iolanda contava nunca ter sentido sozinha. Comentava que a filha nunca casou nem teve filhos porque não encontrou ninguém e dizia-se sem esperança de que isso pudesse acontecer no futuro, em função da cabeça muito aberta da filha.

O filho de Iolanda tem 42 anos de idade, mora em São Lourenço, é divorciado e tem três filhos. Iolanda mostrava-se emocionada ao relatar as inúmeras oportunidades oferecidas a ele durante sua vida, todas desperdiçadas em função do alcoolismo. Comentava que o filho chegou a cursar Direito, mas abandonou a faculdade após seis meses. Casou e teve dois filhos, mas seu casamento não teve sucesso em função de seu vício. Tempos depois, separou-se da esposa. Sua filha, neta mais velha de Iolanda, formou-se em Biomedicina em Porto Alegre, período no qual

residiu com a avó paterna. Tempos depois, passou a trabalhar em um laboratório na cidade de Pelotas. Seu filho formou-se na faculdade de Educação Física em Pelotas e, logo em seguida, começou a trabalhar na área. Iolanda contava que seus netos eram maravilhosos e mostrava pesar ao falar da perda de contato deles com o pai em razão do alcoolismo. Contava que o filho não trabalhava, era sustentado por ela e vivia com uma mulher com a qual teve uma filha, naquele momento, com 12 anos de idade. Iolanda demonstrava significativa preocupação com a condição do filho e com seu futuro. Como o filho consumia grande quantidade de álcool e morava sozinho, ela temia que ele caísse e se machucasse dentro de casa. Segundo ela, o filho não admitia a existência do vício e negava-se a realizar qualquer tratamento. Apenas uma vez foi, junto da mãe, a uma reunião dos Alcoólicos Anônimos, mas, logo em seguida, desistiu de comparecer a outras reuniões. Ao longo da vida, se afastou dos filhos e dos amigos e passou a ter conflitos com a irmã e com a mãe. Chorando, Iolanda relatava a revolta que seu filho sentia contra ela. Contava que, quando visitava o filho em São Lourenço, sofria agressões verbais por parte dele, freqüentemente enciumado quanto à relação próxima entre a mãe e a irmã. Entristecida, logo em seguida, ela retornava a Porto Alegre. Iolanda dizia muito angustiada com tal situação, a ponto de manter sempre uma mala uma mala arrumada, caso fosse chamada em função do filho.

Ao contar sua história, Iolanda falava de um menino de rua que conheceu há, aproximadamente, 40 anos, que manteve grande convivência com sua família em outros momentos e que ela considerava um filho. Ele tinha 5 anos de idade e trabalhava para uma carroceira quando foi, pela primeira vez, à casa de Yolanda pedir comida. Aos poucos, foi se aproximando da família e convivendo com ela, chegando a passar as férias de verão na casa de praia de Iolanda.

Há, aproximadamente, 10 anos, Iolanda sofreu um acidente na rua quando ia ao Hospital da PUCRS cuidar da mãe hospitalizada. Na ocasião, ela não chegou a sofrer nenhuma fratura, nem precisou ficar hospitalizada, caminhando com a ajuda de uma muleta durante algum tempo. Iolanda contava ser “muito forte” e nunca ter tido problemas de saúde significativos. Relatava a surpresa que teve quando, há três anos, descobriu que sofria de catarata e teve que ser submetida a uma rápida cirurgia.

No final do mês de maio de 2009, Iolanda foi atropelada em uma das avenidas da capital por uma enfermeira funcionária do Hospital Cristo Redentor ao sair do banco. Foi socorrida e levada diretamente ao Hospital Cristo Redentor. Na emergência do hospital, foi informada da presença de uma fratura no fêmur, necessidade de hospitalização e realização de cirurgia. Mesmo tendo plano de saúde e condições de ser hospitalizada em outro local, Iolanda decidiu permanecer no Hospital Cristo Redentor, pois foi informada que o local era especializado nesse tipo de tratamento.

Nos primeiros momentos da internação hospitalar, Iolanda se dizia bem e surpresa com a qualidade do atendimento em um hospital do SUS. Comentava estar conformada com a situação, pois poderia ter morrido no acidente ou ficado com seqüelas mais graves. No dia da realização da cirurgia, Iolanda dizia não se importar tanto consigo mesma e preocupar-se mais com os filhos se algo lhe acontecesse. Comentava que a cirurgia era rotineira para o médico e, em breve, estaria caminhando. Após a cirurgia, Iolanda se dizia aliviada. Contava ter acordado muito tempo depois da cirurgia, sentindo-se bem, apesar da presença da dor. Planejava ir para a casa da filha após a alta hospitalar, contando com a ajuda de uma auxiliar de enfermagem nos primeiros momentos.

Durante a hospitalização, Iolanda era acompanhada constantemente pela filha ou pela irmã. Queixava-se do cansaço em permanecer presa ao leito, no entanto, logo em seguida, enfatizava o caráter provisório de sua condição e a necessidade de conformar-se com a situação. Próximo à alta hospitalar, considerava-se menos preocupada com o filho e com os conflitos familiares. Planejava sua rotina após a saída do hospital, acreditava que permaneceria a maior parte do tempo sentada e que sentiria falta de sair de casa, pois gostava muito de passear sozinha. Diante das propostas da filha em passear com ela na cadeira de rodas, mostrava-se irritada e negava-se a sair de casa nessa condição. Ao falar das visitas que teria ao chegar em casa, demonstrava constrangimento quanto aos hematomas que tinha no rosto, comentando que preferia receber visitas quando estivesse melhor.

No dia da alta hospitalar, Iolanda foi levada de carro pela irmã para a casa da filha. Trinta dias após a saída do hospital, dizia estar sentindo-se muito bem tratada no apartamento da filha. Contava não pensar na sua casa naquele momento, mesmo percebendo que causava modificações na rotina da filha e alguns incômodos. Iolanda já caminhava no andador, não usava mais fraldas, ia ao banheiro e tomava banho sozinha. Contava com a ajuda de uma senhora que a acompanhava em casa, permanecia grande parte do tempo sentada na sala assistindo televisão, fazendo tricô e palavras cruzadas. Insatisfeita, dizia-se muito paradona.

Mesmo com o retorno ao Hospital Cristo Redentor agendado para 30 dias após a alta, Iolanda e a filha decidiram marcar uma consulta em uma clínica particular dez dias após a saída do hospital. Nessa consulta, ela fez uma avaliação de sua condição e começou a realizar fisioterapia em casa duas vezes por semana. Relatava suas melhoras e a expectativa de, em breve, largar o andador e usar apenas bengalas. Falava do desejo de sair de casa e ir a um salão de

beleza pintar seus cabelos, no entanto, planejava sair apenas quando estivesse caminhando sem o andador.

Iolanda falava sobre as inúmeras visitas que recebeu logo após a saída do hospital e queixava-se da diminuição das ligações e visitas com o passar do tempo. Intrigada, contava que sua filha e primas comentaram que, antes do acidente, ela vinha se mostrando muito agitada, irritada e nervosa e que, depois da saída do hospital, ela estaria voltando ao normal. Iolanda refletia sobre os comentários dos familiares e a possível relação entre seu estado emocional e o momento do acidente. Falava do medo de ser novamente atropelada e das modificações que percebia em si após o acidente e a hospitalização.

Sessenta dias após a alta hospitalar, Iolanda já havia retornado para o seu apartamento, contando apenas com a ajuda de uma empregada responsável pelos cuidados da casa. Dizia-se contente por não ter sofrido nenhuma lesão mais grave no acidente, mas enfatizava ter perdido muita coisa. Quanto a isso, trazia as dificuldades que vinha sentindo em sair de casa sozinha e o medo de se machucar novamente, permanecendo a maior parte do tempo no seu apartamento. Contava sempre ter sido muito independente, gostar de organizar jantares para os amigos em sua casa e passear pela cidade sozinha. Sentindo-se impotente naquele momento, Iolanda comentava ter que medir suas palavras em casa, pois percebia que se queixava demais e que isso irritava sua filha.

Caminhando apenas com a ajuda de uma bengala, Iolanda falava de suas conquistas quanto à reabilitação funcional destacando o papel da fisioterapia no início da marcha. Ainda assim, se dizia uma criança que aprende a caminhar, considerando o processo muito lento. Contava permanecer em casa a maior parte do tempo fazendo atividades que gostava como

palavras cruzadas, tricôt, crochê e organizando suas receitas. Já havia saído de casa algumas vezes junto da filha para ir ao salão de beleza, ao médico e ao Carrefour, comentando ter se sentido muito feliz nessas situações. Ainda assim, destacava a falta que sentia de sair de casa sozinha, considerando-se muito insegura e frustrada nesse sentido. Ao falar de seus sentimentos, trazia a presença de altos e baixos: momentos em que se sente bem e consegue planejar atividades para seu futuro e outros em que pensa nos passeios e viagens que não poderá mais fazer em função de suas limitações.

4.1.4 Carla

Carla tem 66 anos de idade, é natural de Porto Alegre, tem dois irmãos e uma irmã. Atualmente, é uma viúva, tem uma filha de 28 anos e reside em Gravataí junto de seu companheiro e seu “sobrinho-neto” de 15 anos de idade, que se encontra há quatro anos sob seus cuidados. Seu companheiro trabalha com segurança e zeladoria em um condomínio da cidade durante o turno da noite, permanecendo em casa apenas durante o dia. Seu sobrinho é neto de seu irmão já falecido. Como a família do adolescente mora no interior do estado, Carla decidiu oferecer a ele moradia para que pudesse terminasse os estudos com qualidade na capital, já que considerava deficitária a educação na região. Ao falar do sobrinho, Carmem destacava que o adolescente vendo sendo carinhoso, dócil e maleável, além de dedicado aos estudos e a outras atividades extracurriculares desde que passou a viver com ela.

Ao falar sobre sua história de vida, Carla contava que o pai de sua filha faleceu há oito anos em função de problemas cardíacos e tumor cerebral. Nessa época, eles já estavam separados,

no entanto, assim que ele adoeceu, ela fez questão de responsabilizar-se pelos seus cuidados, pois os filhos de seu primeiro casamento o abandonaram. Carla permaneceu como cuidadora do ex-marido durante 70 dias até o seu falecimento, fato que, segundo ela, abalou muito sua filha. Carla contava que, até então, ela e a filha tinham uma boa condição econômica, o que mudou com a divisão de bens após a morte do ex-marido. Mesmo diante das dificuldades financeiras, Carla contava sempre ter estimulado a filha a dar continuidade aos seus estudos. Orgulhosa, comentava em diferentes momentos que a filha nunca desistiu, fez cursinho, passou em enfermagem na UFRGS e estava para se formar.

Carla relatava que, após o falecimento do pai, a filha herdou um sítio perto da cidade, o qual decidiu vender para, no futuro, arcar com as despesas de sua formatura. Permaneceu, então, morando com a mãe. Alguns anos depois, Carla conheceu seu atual companheiro que, pouco tempo depois, passou a morar com as duas. Carla falava de sua preocupação com a filha que tinha aula às 7 da manhã em Porto Alegre e precisava sair de madrugada para pegar o ônibus a tempo. Reforçava, entretanto, o caráter provisório disso, já que ela e o namorado planejavam morar juntos na capital e esperavam apenas a saída do antigo inquilino do apartamento para fazerem a mudança.

Em diferentes momentos, Carla se dizia “muito elétrica, muito ligeirinha”. Contava estar aposentada por tempo de serviço em função do trabalho exercido em uma empresa marítima de importação e exportação de peixes e, posteriormente, em um banco, no qual era responsável pelas contas-correntes. Quando trabalhava no banco, Carla conheceu o pai de sua filha. Diante dos pedidos do companheiro para que ela abandonasse o trabalho no local, pois ela não precisava trabalhar, Carla decidiu dedicar-se à alta costura e montou um atelier. Quando ficou grávida, o companheiro exigiu que ela se dedicasse apenas à filha, o que fez com que ela abandonasse a

costura. Depois do falecimento do companheiro, Carla resolveu começar tudo de novo e fazer uns “bicos”, retornando ao trabalho com pequenas costuras, além de encomendas como pizzas, doces e salgados. Durante esse período, Carla ressaltava nunca ter deixado de pagar o SUS “para o caso de uma necessidade” e que, apesar de estar aposentada, nunca havia deixado de batalhar muito, estando sempre pronta para fazer qualquer coisa, para “ganhar um troquinho”.

Um dos irmãos de Carla trabalhava como motorista de ambulância de um parque de diversões na grande Porto Alegre. Segundo ela, ele lhe ofereceu a oportunidade de trabalhar como babá do filho de 2 anos de seu chefe aos finais de semana. A partir disso, ela passou a cuidar do menino aos finais de semana no parque enquanto seus pais trabalhavam, atividade que realizou durante um ano com muito prazer porque gostava muito dele.

Em meados de 2009, Carla estava cuidando do menino quando se desequilibrou ao tentar subir no “trailer” do casal. Ao falar do momento do acidente, comentava ter tentado cair de lado quando percebeu que ia cair, para que não machucasse a coluna e causasse uma lesão mais séria. Logo após a queda, foi socorrida pelo irmão que a levou para a Emergência do Hospital Cristo Redentor em sua ambulância. Ao ser informada da necessidade de internação hospitalar e cirurgia, Carla mostrava-se muito angustiada em função da permanência no hospital. Comentava estar sempre em atividade e se sentia impotente por estar parada. Trazia a preocupação com a alimentação e cuidados dos seus dois gatos, sua cachorra e seu sobrinho-neto, destacando o desejo de não incomodar ninguém com as suas coisas. Carla contava nunca ter precisado de hospitalização em momentos anteriores. Há pouco tempo, havia realizado uma bateria de exames para ver como estava sua saúde e enfatizava a necessidade de cuidados nesse sentido, pois queria “ir para frente até quando Deus quiser”. Mostrava-se surpresa pela necessidade de hospitalização nesse momento da vida, pois relacionava a internação hospitalar a etapas mais avançadas da vida.

A partir disso, trazia alguns questionamentos a respeito de quanto tempo levaria sua reabilitação física, destacando a expectativa de uma rápida recuperação que a permitisse voltar para sua casa em condições de, pelo menos, orientar as atividades dentro de casa. Em nenhum momento da hospitalização, Carla fez uso de fraldas, enfatizando que tinha condições usar a comadre.

Após a realização da cirurgia, Carla confessava que o procedimento tinha sido “traumático” para ela. Contava que sua pressão subiu muito momentos antes da cirurgia. Mesmo se dizendo muito bem atendida no local, contava ter se sentido “muito fragilizada e desequilibrada mentalmente” em função da necessidade de entrar em um bloco cirúrgico, associando a isso a possibilidade de “ficar inútil” a partir de então. Mesmo comentando que muitas jovens se quebram, trazia a insegurança com relação à reabilitação na idade avançada.

Em seguida, assumia uma postura crítica diante de seu “jeito de ser”. Manifestava a intenção de dar uma paradinha e não ser mais tão elétrica como antes, tomando mais cuidado diante da possibilidade de se machucar novamente. Planejava aprender a fazer os exercícios recomendados pelo fisioterapeuta do hospital e, após 2 semanas de repouso, fazer uso das muletas por mais 3 meses. Esperava, em seguida, fazer caminhadas e retomar as atividades na cozinha”.

Ao falar da hospitalização, queixava-se do desconforto e dor nas costas que sentia em função da imobilização no leito. Contava não estar mais sentindo dor e se considerava mais tranqüila, pois já tinha sido informada pelo médico que teria alta em poucos dias e que, depois de três meses, poderia colocar o pé no chão.

Carla planejava permanecer alguns dias na casa da irmã após a saída do hospital e, logo em seguida, mudar-se para uma casa nos fundos do condomínio da irmã, onde não há escada. Esperava permanecer pouco tempo fora de sua casa, destacando gostar de tranquilidade. Comentava acreditar que teria mais “limite” para as coisas, não sendo tão “destrambelhada” no futuro, temendo cair novamente. Pouco antes da alta hospitalar, Carla se considerava emocionada por estar indo para casa. Ao mesmo tempo em que falava das dificuldades que vinha sentindo em função da limitação no hospital, comentava estar sentindo-se valorizada, pois o companheiro e a filha estavam sentindo sua falta. Ao falar da rotina em casa, pretendia fazer repouso, mas não permanecer todo o tempo acamada, utilizando uma cadeira de rodinhas de computador para locomover-se dentro da casa. Aos poucos, planejava ir retomando suas atividades na costura e cozinha, bem como sair de casa em alguns momentos para visitar suas amigas.

Trinta dias após a saída do hospital, Carla retornou ao local para consulta ambulatorial com traumatologista. Na ocasião, comentava ter sido recebida de forma muito carinhosa na casa da irmã assim que saiu do hospital onde permaneceu por 10 dias até alugar uma casa nos fundos do condomínio e fazer sua mudança. Contava estar ainda arrumando suas coisas e comentava que, nos primeiros dias, sentia-se muito nervosa em ver a bagunça em que se encontrava sua casa e a impossibilidade de arrumar alguma coisa. Contava que sua sobrinha veio ajudá-la durante 2 semanas, mas que, mesmo com sua ajuda, tentava, aos poucos, fazer suas atividades. Carla contava ter tomado banho sozinha em todos os momentos da recuperação, fazendo tudo calmamente para não se machucar. Ao falar de sua reabilitação, destacava o papel da força de vontade que tinha, bem como o carinho que recebeu dos familiares.

Carla contava não ter feito uso do andador em nenhum momento, pois tinha medo de cair com ele e que, em apenas 30 dias, não precisaria mais do auxílio de muletas. Carla confessava

que, em momentos anteriores, temia não ser mais a mesma na cozinha, pois seu companheiro gostava muito de suas comidas. Comentava, entretanto, já estar cozinhando normalmente e realizando atividades domésticas como arrumar a casa, lavar, estender, dobrar e passar suas roupas.

Carla contava estar sentindo-se feliz porque a filha e o namorado conseguiram alugar um apartamento em Porto Alegre e já estavam morando juntos. Relatava já estar arrumando uns tecidos e uma de suas máquinas de costura para, em breve começar a costurar, principalmente, coisas para a nova casa da filha.

Sessenta dias após a alta, Carla não mais fazia uso de muletas. Contava sentir-se totalmente reabilitada e muito feliz em função disso. Ao falar do acidente, destacava o temor que sempre sentiu de quebrar uma perna e depender dos outros para a realização de suas atividades. Nesse sentido, comentava temer muito querer fazer as coisas e ninguém fazer, destacando que a queda, a fratura e a hospitalização a tinham “tocado bastante”, pois não era fácil depender dos outros. Ressaltava o carinho que recebeu dos familiares ao chegar em casa, atribuindo a isso a rapidez de sua reabilitação. Pretendia começar a confeccionar roupas para evangélicos, pois julgava que esse seria um mercado não explorado e planejava montar um atelier, segundo ela, seu antigo sonho. Carla se considerava muito feliz pela felicidade da filha e por sua recuperação, destacando que sempre teve muita força dentro de si. Falava da costura como uma vontade, um sonho, que sempre teve e pretendia, a partir de então, dedicar-se a ela.

4.2 AS IDOSAS HOSPITALIZADAS E OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO

O capítulo busca dar voz ao conteúdo produzido através das entrevistas e diário de campo norteado pelos objetivos da pesquisa e pensado a partir das questões teóricas discutidas ao longo do estudo. Foi organizado a partir dos diferentes momentos vividos pelas participantes durante a realização da pesquisa e está subdividido em tópicos intitulados por suas falas.

4.2.1 “A vida da gente muda num minuto”

As participantes têm seu cotidiano interrompido abruptamente em função de um acidente. Terezinha, Alda e Carla sofrem quedas: na escada do edifício, na beira da cama ou na porta do “trailer”, enquanto Iolanda é vítima de um atropelamento em uma das ruas da capital. Os acidentes imprimiram novas marcas nos corpos, provocaram uma fratura no fêmur das participantes que as levou à emergência do Hospital Cristo Redentor, onde foram informadas da necessidade de hospitalização e realização de cirurgia.

Logo após o acidente, todas as participantes foram encaminhadas à Linha de Cuidado do Trauma do Idoso no Hospital Cristo Redentor, destinada ao tratamento especializado desses casos. A hospitalização acarretou o rompimento da rotina, a interrupção das atividades cotidianas, o afastamento dos familiares, o isolamento, a indefinição quanto ao estado físico.

Nos primeiros momentos da internação hospitalar, as participantes descreveram o acidente sofrido, ressaltando a presença da dor intensa e a impossibilidade de locomoção. Iolanda e Carla pouco falavam sobre si. Relatavam seu cotidiano e as atividades que realizavam, dirigindo suas preocupações a pessoas e coisas exteriores ao hospital. Carla preocupava-se com os cuidados da casa, de seus animais de estimação e do sobrinho que residia com ela, enquanto Iolanda se mostrava muito angustiada com a condição de saúde do filho alcoolista, chegando a verbalizar: “Eu não penso em mim... eu ficar de muleta, sentada, eu não estou nem aí, o meu problema é ele”.

Todas as participantes abordaram, ao longo das entrevistas, o impacto do trauma físico em suas vidas, no entanto, apenas Iolanda relacionou de forma mais explícita o momento do acidente a reflexões e possíveis transformações em razão disso:

Eu enxergo assim: eu na rua... parece que tu és um papel jogado, tu não és nada, tu não és nada. Depois que tu passa... como a gente é nada. Está ali esparramada na rua, não pode fazer nada, a mercê de alguém para chegar ali e te salvar. Os valores da gente eu acho que crescem nisso. Eu vou ser bem melhor. Vai ser bom para mim.

As considerações de Iolanda apontam a presença de um momento em que a vida individual sai de cena em prol da vida singular. Diante da violência do trauma, a vida individual, conforme Deleuze (2006), se apaga, abrindo caminho para uma vida impessoal, para um acontecimento livre dos acidentes da vida interior e exterior, da subjetividade e da objetividade. O acidente impõe uma fratura ao corpo e, através disso, promove uma ruptura com o cotidiano anterior, produzindo efeitos nos modos de viver dos sujeitos. Daí emerge a noção de acontecimento que, de acordo com Deleuze (1998), está para além do acidente, ou seja, aquilo que acontece. Nesse sentido, o autor enfatiza a dupla estrutura do acontecimento: o momento de efetuação nos corpos e a contra-efetuação, na qual ele se libera do estado de coisas ou dos corpos.

O acontecimento, conforme Pelbart (1998), necessita do momento de efetuação nos corpos, no entanto não se resume a isso. A fratura do corpo diz respeito apenas ao momento de inscrição do acontecimento na carne (acidente), enquanto a possibilidade de problematização a partir da efetuação do acontecimento no corpo permite nascer a contra-efetuação.

O acontecimento, conforme Pelbart (1998), diz respeito à outra lógica temporal que não a do tempo cronológico, rompendo com a idéia de tempo linear. Iolanda, logo após o acidente, mostrava-se ainda preocupada com questões exteriores à sua condição. Somente nas entrevistas domiciliares conseguiu tecer relações entre o trauma sofrido e sua história de vida. Ao falar sobre sua vida antes do acidente, Iolanda trazia os comentários dos familiares que a consideravam muito “agitada, irritada e nervosa” dias antes da fratura e da hospitalização.

Após a saída do hospital, Iolanda se considerava “tranqüila e modificada”, comentando:

A cabeça da gente parece que muda não é. Eu procuro assim... Agora, penso que eu tenho muita fé, que as mudanças que eu possa ter serão para melhor. Mais comedida, vou pensar mais nos outros, em mim, vou procurar melhorar em tudo, o que é pior, o que é melhor. Tu tens umas mudanças. Dizem que tem quando tem alguma coisa muda né... E, se não mudou, eu vou forçar para mudar porque a vida é muito breve. Eu sempre dei valor a tudo, sempre fui de bem com a vida. Só que eu acho que eu vou ser mais diferente, mais tolerante. Eu sempre fui de boa paz, bom gênio e tudo. Sou uma pessoa humana, compreendo as pessoas, não faço diferença, não tenho preconceito... Só que eu acho que eu vou melhorar mais ainda, porque dentro daquilo que tu leva, que tu acha que ficou... ali um fio para passar para outra... Eu acho que todo mundo tem essa mudança. Eu acho. Fala com qualquer pessoa acidentada ou que levou uma queda dura na vida, se não melhora. Às vezes precisa [...].

Acontecimento e pensamento estão intimamente relacionados para Deleuze (1998). O nascimento do ato de pensar no pensamento através do encontro com algo que nos coloca um problema e nos provoca uma estranheza é relacionado à contra-efetuação do acontecimento. A fratura do corpo e a ruptura com o anterior trazem consigo o sofrimento, o incômodo e o estranhamento. O desassossego nascido pela divergência das faculdades do pensamento força um

pensar não mais direcionado ao reconhecimento. É impossível permanecer o mesmo diante da dor e do sofrimento: novos sentidos e uma nova temporalidade se impõem. O acontecimento, segundo Carreteiro (2003), traz consigo uma ruptura e uma transformação da história de vida, através de uma fenda que se produz no possível, a qual permanece aberta para outros acontecimentos. A produção de efeitos do acontecimento na subjetivação, de acordo com Pelbart (1998), excede o momento do acidente e abre portas para problematizações que se estendem ao longo da existência.

Para essas mulheres, o trauma físico produz a fratura do corpo e também dos modos anteriores de viver. O estranhamento e a inquietação provenientes do corte com o anterior trazem consigo a possibilidade de problematização e crítica. O acidente serve como disparador para uma série de questões, produzindo efeitos nos processos de subjetivação, a partir de um trabalho ético sobre si.

4.2.2 “Nunca imaginei que eu pudesse chegar num hospital agora”

Para o ingresso dos pacientes na Linha de Cuidados do Trauma do Idoso é necessário o preenchimento de alguns critérios como a presença de fratura de fêmur e idade igual ou superior a 60 anos. Isso imprime uma marca a partir da qual todas as pessoas hospitalizadas no local são padronizadas e reconhecidas. A entrada na linha coloca, para as participantes, a questão do envelhecimento a partir de uma nova condição de sujeição que relaciona velhice e hospitalização. Entram em cena os modos de objetivação e subjetivação trazidos por Foucault (2006), que atravessam a experiência das idosas hospitalizadas. A objetivação, nesse caso, relaciona-se às

condições em que a velhice e a hospitalização puderam ser problematizadas como objetos a serem conhecidos, enquanto a subjetivação diz respeito às condições em que as participantes estão submetidas e à posição que elas devem ocupar no real ou imaginário para se tornarem um sujeito legítimo.

À medida que são reconhecidas como idosas, as participantes passam a pertencer a um determinado grupo, alvo de uma série de discursos, práticas e regras prescritivas. A hospitalização, da mesma forma, pressupõe a submissão a inúmeros discursos e práticas característicos do ambiente hospitalar. A fratura de fêmur é comumente relacionada a idosos e exige cuidados hospitalares, estabelecendo uma ligação entre envelhecimento e hospitalização. A hospitalização de idosas por fratura de fêmur reúne determinados modos de objetivação e subjetivação que permanecem intimamente interligados e produzem efeitos na experiência.

Os temas velhice e hospitalização permearam o processo de hospitalização e reabilitação de todas as participantes, no entanto apenas duas delas trouxeram isso de forma mais explícita. Mesmo sendo a fratura de fêmur frequentemente associada à idade avançada, apenas Iolanda relacionou a fratura e a necessidade da cirurgia à idade, comentando não ser “nada demais, apenas uma operação que tudo que é pessoa de idade tem que fazer”. Já Carla se dizia surpresa pela necessidade de internação hospitalar com “pouca idade”, comentando: “Nunca imaginei que eu pudesse chegar num hospital agora. Só quando eu ficasse bem mais velhinha e com outras doenças. Mas porque eu quebrei um osso? Aí é brabo”.

A relação contínua entre objetivação e subjetivação, conforme Foucault (2006), implica na presença de jogos de verdade e relações de poder, os quais determinam tanto as condições de sujeição às quais os sujeitos estão submetidos, como as formas singulares de cada um viver essa

situação. Mesmo diante das mesmas condições de sujeição, as participantes abordaram as questões velhice e hospitalização de formas diversas.

Logo após relacionar envelhecimento, doença e hospitalização, Carla buscava desconstruir a relação antes estabelecida entre a fratura de fêmur e o envelhecimento: “Eu também penso que estou fazendo tempestade em copo d’água, porque pessoas jovens também se quebram. Eu não sou a única que se quebra, tem tantas moças também, pessoas jovens que acontece”. Mesmo assim, trazia a insegurança quanto à recuperação na idade mais avançada, questionando: “será que eu vou ter o mesmo pique que eu tinha antes?”

Os discursos prévios que ligam velhice, doença e hospitalização aparecem como uma prescrição que exerce um determinado poder na experiência das participantes. A existência de relações de poder no campo social, para Foucault (2006), já indica a presença simultânea da possibilidade de resistência. Cada participante se relaciona com a prescrição de uma forma diferente, produzindo questionamentos e condutas singulares, o que aponta para a presença de um trabalho ético diante das normas.

4.2.3 “No limite da dor, no limite de tudo”

A entrada no hospital inaugura a condição de sujeição de paciente que permeou o período de hospitalização das participantes com importantes efeitos na subjetivação. Mesmo diante da multiplicidade inerente a cada uma delas, todas foram submetidas às rotinas hospitalares que buscam a padronização dos sujeitos em todas as suas possibilidades. Expropriadas de suas roupas

e objetos pessoais, usando pijamas, lençóis e cobertores do hospital todas eram tidas, pela equipe profissional, como iguais a partir da lesão que as acometia. Diante da supervalorização do saber médico, característica do hospital, foram também expropriadas do saber sobre si.

As dificuldades com relação à hospitalização foram trazidas por todas as participantes ao longo do período de internação. Logo após a realização da cirurgia, todas as participantes se consideravam “aliviadas” pela realização do procedimento, assim como pela maior proximidade da alta hospitalar. Com o aumento dos dias de hospitalização e permanência no leito, o sofrimento relacionado à dependência foi trazido por todas as participantes. O sofrimento, para Lapoujade (2002), é a condição mesma do corpo. Segundo ele, o corpo não está nunca no presente, pois remete ao antes e ao depois e contém o desespero, o cansaço e a espera: suas atitudes.

Iolanda e Alda, logo após a realização do procedimento, já traziam o “cansaço” relacionado à permanência no hospital e no leito. Alda comentava estar “perdendo o pique” e mostrava-se irritada em função da necessidade da imobilização: “essa mala aí. Tu queres coisa pior que isso aí. Não poder movimentar a perna, ter que ficar com uma perna aqui e a outra ali. A gente cansa”. Em seguida, destacava a importância de se conformar com sua condição: “a gente tem que ter paciência, tem que aceitar, se conformar”. Iolanda comentava o desejo de sair do hospital e se dizia “no limite da dor, no limite de tudo”. Aos poucos, demonstrava diminuição da preocupação com a situação do filho e maior atenção à sua condição, destacando a angústia que vinha sentindo em razão da dor intensa, do cansaço pela permanência no leito e da impossibilidade de locomoção. Terezinha, nos primeiros dias após a cirurgia, contava estar sentindo-se “livre dessa” e, mesmo reconhecendo a presença da dor, comentava já estar “conseguindo fazer exercícios e tentando mover a perna”. Planejava sentar na cadeira no outro

dia e começar a caminhar em breve. Falava também a respeito das primeiras sessões de hemodiálise realizadas no Hospital Nossa Senhora Conceição: “todo mundo dizia que era horrível. Eu achei que fosse pior”. Carla dizia que sua saúde estava “em primeiro plano” naquele momento e que tinha que “cuidar direitinho da cirurgia que foi feita”, pois “fez arte” e tinha que “agüentar”.

A preocupação com coisas externas à sua condição caracterizou os primeiros momentos da internação hospitalar da maioria das participantes. O incremento do sofrimento ao longo da hospitalização trouxe consigo a possibilidade de atentar a si mesmo, o que antes permanecia desvalorizado. O sofrimento, conforme Lapoujade (2002), traz a possibilidade de ser afetado pelos contínuos encontros e aumenta a potência dos corpos, interrogando sua potência de resistência. É através da resistência ao cansaço e ao sofrimento que o corpo pode exprimir sua potência própria. A imobilização e a dependência dizem respeito à redução apenas da potência do corpo tida somente em função do ato e do agente. Diante do corpo cansado que não agüenta mais, surge a necessidade de conceber uma nova definição de potência independente do ato.

Com o passar dos dias, as dificuldades com a dependência ficavam mais evidentes e todas as participantes queixavam-se do desconforto em virtude da imobilização no hospital, do incômodo frente à necessidade de submissão às rotinas hospitalares, do constrangimento quanto ao desnudamento do corpo e uso de fraldas e da necessidade de auxílio de outros para seus cuidados. O hospital, de acordo com Foucault (1979), é caracterizado pela tecnologia de poder disciplinar e está organizado de modo a uniformizar o atendimento a várias pessoas dentro de um determinado espaço/tempo, o que prejudica a atenção à singularidade envolvida em cada situação.

Durante o período de hospitalização, Carla considerava a dependência uma de suas maiores dificuldades: “Essa dependência, essa dependência. Aí é que eu te falo. Eu não gosto de ser dependente. Eu gosto de eu fazer as coisas e aí é que eu me estrepo. Eu acho que eu é que tenho que fazer, eu que quero fazer e não tem que pedir nada para ninguém”. Alda, “acostumada” a fazer suas atividades domésticas e a não “depende de ninguém”, se dizia “estranhando” a necessidade de cuidados e adaptação à rotina do hospital. Abordava as dificuldades que enfrentava quanto à dependência comentando: “É brabo. Ter que ser cuidada pelos outros e ainda dar graças a Deus de ter quem cuide”.

O constrangimento quanto à “exposição” do corpo foi trazido pela maioria das participantes, mas enfatizado por Terezinha: “Eu acho constrangedor a gente ter que se expor. A gente se sente meio constrangida, à disposição, aquela coisa toda. É chato. Às vezes, a gente pensa: quando é que eu ia pensar em ficar assim. Mas o que é que eu vou fazer. Eu me sinto humilhada. Eu fico constrangida, fico com vergonha, mas é a rotina. Não adianta, tem que fazer”.

O uso de fraldas geriátricas (feito por Terezinha, Alda e Iolanda) também foi considerado motivo de constrangimento pelas três, no entanto, Terezinha e Alda se mostraram mais mobilizadas com essa questão. Alda relatava o constrangimento em razão do uso de fraldas desde os momentos iniciais da internação: “Olha, é brabo. É horrível, horrível. Não tem coisa pior do que ficar trocando fralda. A gente ter que fazer tudo na cama. Uma pessoa que é limpinha. A minha pele é lisa, bem cuidadinha. Cada vez que eu faço xixi, eu me lavo, fico limpinha. E ter que ficar aqui desse jeito, toda molhada, toda suja. Tu queres coisa pior? Não pode haver. Eu me sinto constrangida”. Terezinha, nos primeiros dias no hospital, não se dizia incomodada com o uso de fraldas, comentando que isso facilitava o atendimento: “Não prejudica nada. É bom estar de fralda porque toda hora tinha que estar mudando a roupa de cama”. Com o passar dos dias, no

entanto, afirmava estar “constrangida, humilhada e exposta” na troca das fraldas, principalmente na presença de auxiliares de enfermagem do sexo masculino. Já Iolanda falava do desconforto quanto ao uso das fraldas, mas enfatizava o caráter temporário disso, planejando a sua retirada assim que saísse do hospital.

O funcionamento do hospital é organizado a partir de complexos regimes de verdade atravessados no cotidiano de pacientes e funcionários. Para abordar a subjetivação no hospital, é importante chamar a atenção que a expressão “processos de subjetivação”, segundo Silva (2004), diz respeito à forma pela qual se produz a flexão de um certo tipo de relação de forças em uma determinada formação histórica. O hospital tal como hoje o conhecemos é, conforme Foucault (2003a), fortemente influenciado pelo biopoder, responsável por diferentes métodos de investimento sobre o corpo vivo que permitem o ingresso de fenômenos relacionados à vida humana na ordem do saber e do poder. A partir disso, se deu a disciplinarização da instituição hospitalar, a formação de certos discursos e práticas, bem como de relações de poder que os permeiam. Tais forças constituem o entorno das idosas hospitalizadas e assumem um importante papel quando abordamos os processos de subjetivação no hospital. Nesse ponto, Silva (2004) destaca o conceito de dobra em Deleuze no qual as diferentes formações históricas dobram de forma diferente a composição de forças que as atravessa, atribuindo-lhes particulares sentidos. A dobra é tida como o ponto de inflexão pelo qual se constitui um certo tipo de relação consigo, a produção de um *Dentro do Fora*. A disciplina hospitalar, segundo Orlandi (2004), constitui um tipo de crueldade que se impõe aos corpos, no entanto, abre caminhos para o surgimento de complexos processos de subjetivação, mediante a possibilidade de resistência ou docilização diante do que ocorre no ambiente hospitalar.

Características do biopoder trazidas por Foucault (2003 a) como a expropriação de si e a desvalorização do discurso pessoal em detrimento do supervalorizado saber médico produziram seus efeitos na experiência das participantes. Mesmo diante das dificuldades enfrentadas durante a hospitalização, a saída do hospital foi motivo de ambivalência por parte das participantes. Próximo à alta hospitalar, todas traziam o desejo de sair da instituição, no entanto relatavam a presença de insegurança nesse sentido. Terezinha e Alda relataram terem se sentido “muito angustiadas” na noite anterior à saída do hospital, referindo a presença de “dor no peito”. Terezinha temia a necessidade de realizar novos procedimentos e permanecer mais tempo no hospital em função da “dor no peito” que havia sentido. Alda questionava se tinha “condições para sair do hospital”, afirmando, logo em seguida, que tal decisão seria dos médicos. Iolanda falava do desejo de sair do hospital, mas ressaltava a presença de dor na perna e questionava a alta hospitalar nessa condição, trazendo o medo que sentia com relação à saída do hospital e os cuidados em casa.

Os últimos momentos no hospital foram marcados pelos planejamentos quanto à saída da instituição e o retorno ou não para casa, bem como pelas expectativas quanto ao período após a alta. Iolanda, Alda e Terezinha planejavam ir para a casa das filhas, enquanto Carla organizava-se para ir para a casa da irmã. Ao falar do futuro, todas as participantes demonstravam estarem informadas a respeito do processo de reabilitação que teriam que enfrentar e entenderem as limitações que teriam após a alta. Ainda assim, traziam o desejo de retomarem suas atividades o quanto antes e “seguirem fazendo suas coisas” (T). Alda desejava “viver bem, viver o lado bom da vida, se colocar em tudo que é bom”. Contava ser uma pessoa que “gostava de passear, de se comunicar com outras pessoas e de ir a festas”, ressaltando o desejo de “seguir fazendo tudo isso depois que ficar bem boa”. Terezinha enfatizava querer “seguir fazendo os serviços de casa”,

contava não ter “nada fino” em sua casa, mas “gostar de suas coisas bem direitinho”. Comentava que fazia sua “comida sem sal e com verdura”, destacando a intenção de “continuar fazendo” futuramente. Carla pretendia “ganhar seus dinheirinhos extras, retomar as costuras, os doces, fazer as comprinhas para as decorações, sair, olhar as lojas”. Iolanda já considerava a possibilidade de não sair de casa nos primeiros momentos após a saída do hospital e mencionava a falta que sentiria disso já que era “muito saideira”.

O ingresso e a permanência no hospital colocaram para as participantes questões para além do tratamento cirúrgico da fratura. A inserção em um ambiente caracterizado pelo biopoder, disciplinarização, padronização e vigilância constante permitiu que as idosas entrassem em contato com certos regimes de verdade e relações de poder. Tais forças, através de múltiplas dobraduras, produziram diferentes formas de subjetivação, possibilitando diversas possibilidades de constituição de um *Dentro* a partir de um determinado *Fora*. A imobilização e o sofrimento diante da submissão às forças disciplinadoras do *Fora* questionaram a potência de resistência dessas mulheres, abrindo caminho para pensar em outras possibilidades de potência que não a do ato e do agente.

4.2.4 “Ela me dava muita força. Foi isso que me ajudou”

Terezinha, Alda e Iolanda foram para a casa das filhas após a saída do hospital enquanto Carla foi para a casa da irmã, em função dos cuidados necessários nesse período. Terezinha e Iolanda ficaram no apartamento das filhas por, aproximadamente, 50 dias e depois retornaram

para as suas residências anteriores. Já Alda, sessenta dias após a saída do hospital, ainda permanecia na casa da filha sem previsão de retornar para seu apartamento. Carla ficou na casa da irmã por apenas uma semana, mudando-se, logo em seguida, para uma casa no mesmo condomínio da irmã junto do companheiro.

O apoio familiar foi considerado por todas as participantes um fator importante nos seus processos de reabilitação. Nesse ponto, Carreteiro (2003) destaca o apoio familiar como um suporte social significativo sobre o qual outros podem vir a se juntar no futuro.

Iolanda e Alda, ainda hospitalizadas, contrataram auxiliares de enfermagem do hospital para ajudar nos cuidados após a alta hospitalar. Iolanda, poucos dias depois, não contava mais com o trabalho da auxiliar, sendo acompanhada apenas pela empregada doméstica que trabalhava na casa da filha, enquanto Alda permanecia recebendo assistência da auxiliar de enfermagem contratada até trinta dias após a saída do hospital. Ao falar da mesma, Alda mostrava-se emocionada, destacando a importância da auxiliar em seu processo de recuperação: “Ela me dava muita força. Isso foi que me ajudou e por isso que eu quero bem ela”.

Já Terezinha passou a contar com a ajuda das filhas e netas para seus cuidados em casa, enquanto Carla foi auxiliada pela irmã nos primeiros dias.

O apoio familiar, segundo Carreteiro (2003), vem sempre acompanhado de vivências tensas e conflitivas que nem sempre são conscientes, mas que produzem um mal-estar. Nesse caminho, Terezinha, Iolanda e Carla, mesmo considerando-se “muito bem” na casa dos familiares, comentavam sentirem-se “incomodando” em alguns momentos. Isso ficou mais evidente nas falas de Iolanda e de Terezinha. Iolanda, que enfatizava sentir-se “muito bem assistida” na casa da filha, acreditava estar causando alguns transtornos na rotina da mesma.

Comentava não poder “queixar-se”, tendo que “medir suas palavras” ao falar com a filha. Acreditava estar “ficando chata” nos momentos em que se queixava de sua condição, já que o acidente poderia ter sido “muito pior”. Terezinha se dizia “triste” por estar “incomodando as filhas” nos primeiros trinta dias após a alta e sentia-se “apavorada de não poder fazer as coisas”. Contava ficar “desorientada e triste” em alguns momentos, “achando que nada ia dar certo e chorando muito”. Alda não teceu comentários a esse respeito.

As condições de acolhimento presentes no contexto são destacadas por Carreteiro (2003), já que podem fornecer uma base de segurança diante do trabalho de luta em razão de uma perda ou de uma transformação significativa. Apesar da assistência prestada pela filha, Alda destacava o papel da auxiliar de enfermagem em sua reabilitação, assim como o vínculo afetivo construído com essa profissional ao longo do processo. Isso vai ao encontro das considerações de Carreteiro (2003) que chama a atenção aos vínculos que possam ser construídos diante do acontecimento que não os familiares. Para a autora, o acolhimento envolve os vínculos pessoais e também institucionais e, nesse sentido, as instituições, além de familiares e amigos, podem auxiliar na criação de condições concretas para que novos rumos de vida possam ser traçados a partir de uma ruptura.

Mesmo com a presença de sentimentos de desvalia relacionados à dependência e alguns conflitos, a contribuição dos familiares no processo de reabilitação foi enfatizada pelas participantes em diferentes momentos. Isso aponta a importância dos vínculos familiares, sociais e institucionais diante de uma situação de ruptura, fornecendo condições para a problematização do anterior e invenção de novos rumos.

4.2.5 “Agora sou o nenezinho da casa”

O trauma físico provoca uma mudança no organismo, transformando suas relações com o meio. De acordo com Canguilhem (2006), o que antes era normal para o organismo, não será mais para o organismo modificado. A doença provoca o desaparecimento de uma determinada ordem fisiológica anteriormente apreciada, que passa a ser substituída por uma outra ordem de que nada nos serve, mas temos de suportar.

Até o momento da saída do hospital, todas as participantes tinham sentado na poltrona após a realização da cirurgia, no entanto nenhuma delas havia começado a deambular com a ajuda de algum equipamento. Após a saída do local, todas as participantes fizeram uso de algum equipamento para auxiliar na locomoção. Trinta dias após a saída do hospital, apenas Terezinha ainda fazia uso de fraldas, permanecia pouco tempo sentada e não deambulava. Após consulta ambulatorial no hospital, passou a caminhar com a ajuda das filhas. Terezinha não fez uso de andador porque, assim como Carla, temia “se atrapalhar e cair”. Alda e Iolanda deambulavam com a ajuda do andador, enquanto Carla utilizava apenas uma bengala como apoio para caminhar. Nenhuma das participantes fez uso de cadeira de rodas. Terezinha chegou a alugar uma cadeira, no entanto, não a utilizou, pois ela era “grande demais e não passava entre os móveis”, dificultando a locomoção dentro de casa. Terezinha, Alda e Carla utilizaram uma “cadeira de computador com rodinhas” para a locomoção, pois essa era “menor e mais leve”. Tanto Alda quanto Iolanda atribuíram um valor negativo ao uso da cadeira de rodas. Alda agradecia a Deus por não ter necessitado utilizá-la, enquanto Iolanda comentava não querer sair de casa se precisasse usar cadeira de rodas: “eu não quero ser uma indigente de cadeira de rodas. Que necessidade eu tenho? Fico em casa”.

Dois meses após a saída do hospital, Terezinha, Iolanda e Alda deambulavam apenas com uma bengala, enquanto Carla caminhava livre de qualquer equipamento de auxílio. Todas as participantes tinham interrompido o uso de fraldas e estavam retomando algumas de suas atividades anteriores. Apenas Alda não tinha retornado para sua casa, permanecendo no apartamento da filha.

O início da marcha e o uso de fraldas por parte das participantes permaneceram intimamente relacionados. Trinta dias após a saída do hospital, apenas Terezinha ainda fazia uso de fraldas, permanecia pouco tempo sentada e não deambulava. Após consulta ambulatorial no hospital, passou a caminhar com a ajuda das filhas e apoiando-se nos móveis de sua casa. De todas as participantes, Terezinha era a que se mostrava mais angustiada um mês após a saída do hospital, relacionando isso ao uso de fraldas e à dependência. Entristecida, contava sentir-se o “nenezinho da casa”, comentando: “tem dias que eu choro, choro, mas depois, o que eu vou fazer. Quando que eu ia pensar em usar fralda”. Comentava sentir-se “inútil” porque sempre trabalhou e nunca dependeu de ninguém para seus cuidados pessoais. Após a primeira consulta ambulatorial no hospital, Terezinha passou a dar pequenas caminhadas com a ajuda das filhas e apoiando-se nos móveis. Com “muita força de vontade”, aos poucos começou a sair da cama e ir ao banheiro sozinha, usando fraldas apenas para ir às sessões de hemodiálise. Pouco tempo depois, pensou: “ah, eu não sou mais criança. Que vergonha de fralda”. A partir de então, interrompeu o uso de fraldas. Dois meses após a alta hospitalar, Terezinha estava novamente em sua casa, caminhava apenas com o auxílio de uma bengala e retomava algumas atividades relativas aos cuidados de sua casa. Considerava-se “conformada” por ter voltado a caminhar, mas ainda insatisfeita por não ter “voltado ao normal”.

As concepções de normal, anormal, saúde e doença são diferenciadas por Canguilhem (2006). Para o autor, a doença não se refere à ausência de norma, mas sim à presença de uma norma inferior incapaz de tolerar qualquer desvio das condições em que é válida. O estado patológico por si só não pode ser chamado de anormal, pois é anormal apenas em relação a uma determinada situação. Enquanto a doença se refere à incapacidade normativa, a saúde diz respeito à capacidade de tolerar infrações à norma habitual e criar novas normas diante de situações diferentes.

Ao chegar na casa da filha, Iolanda interrompeu o uso de fraldas. Após uma semana, passou a ser auxiliada apenas pela filha e sua empregada doméstica. Quinze dias depois da saída do hospital, deu início à fisioterapia em uma clínica particular e, depois de duas semanas, já conseguia “levantar, ficar em pé, ir ao banheiro e tomar banho sozinha”. Dizendo-se “animada” e “orgulhosa dando os primeiros passos”, acreditava estar “melhorando aos poucos”. Com a ajuda da fisioterapeuta, passou a caminhar no andador e, aos poucos, a fazer uso das muletas e bengala. Mesmo caminhando apenas com o auxílio da bengala dois meses depois da saída do hospital, Iolanda se considerava “chateada” por não sair muito de casa, pois não se sentia segura para sair sozinha.

Alda, ao sair do hospital foi para o apartamento da filha onde contou com os cuidados de uma auxiliar de enfermagem durante um mês. Com a ajuda dessa profissional, começou a utilizar uma “cadeirinha de rodinhas” que permitia sua locomoção. Aos poucos, interrompeu o uso de fraldas, começou a dar alguns passos dentro de casa e a utilizar o banheiro com o auxílio da cadeira. Um mês depois de deixar o hospital, contava ter saído de casa apenas para consultar no Hospital Cristo Redentor, o que considerava um passeio, pois permanecia grande parte do tempo deitada. Na casa da filha, lembrava dos dias em que tinha permanecido hospitalizada, ressaltando

a dificuldade que sentiu quanto ao uso de fraldas durante a hospitalização: “Tu quer coisa pior que a gente estar lá no hospital com aquela mala nos pés, toda suja, usando fraldas, esperando pelos outros limparem a gente... Foi a pior fase da minha vida”. Dois meses após a alta, acreditava estar “melhorando aos pouquinhos”, realizando atividades na casa e, principalmente, na cozinha. Contava ter saído de casa algumas vezes junto da filha e do marido para ir ao supermercado e ao médico. Comentava que ainda não podia sair sozinha, mas considerava-se “acostumada” com sua condição e destacava a importância da paciência.

Carla, ao sair do hospital, permaneceu na casa da irmã apenas por uma semana. Contava ter sido ajudada apenas durante o primeiro banho assim que chegou em casa e que, depois disso, “se virava sozinha”, já que suas “mãos estavam boas e só tinha que cuidar a perna”. Considerando sua recuperação “mais rápida do que esperava”, comentava já estar retomando suas atividades em casa. Dizia-se satisfeita pela rapidez de sua reabilitação, atribuindo a isso o papel da “força de vontade” que lhe acompanha: “Sabe a força de vontade é tudo. Querendo vencer, vence. É uma coisa que eu tenho dentro de mim. Eu tenho muita força dentro de mim.”

Ainda que a concepção de saúde se refira à criação de novas normas, Canguilhem (2006) destaca a necessidade do organismo em reencontrar uma ordem durante a cura, buscando, para isso, conservar ou adquirir certas peculiaridades diante das transformações ocorridas a partir dos déficits persistentes. Terezinha, Alda e Iolanda descreveram e valorizaram as conquistas que vinham obtendo no processo de reabilitação funcional, no entanto, enfatizaram o desejo da “volta ao normal” no que se refere às capacidades funcionais anteriores. Iolanda destacava o desejo de poder sair sozinha novamente e não perder sua independência, considerando o processo de reabilitação muito lento. “Agora é o tempo. Mas o tempo é que é. Tem que esperar, não adianta. Para a pessoa que tem o problema parece que demora”. Ainda assim, mostrava-se animada ao

descrever a primeira vez que saiu de casa junto da filha para ir ao salão de beleza e ao Carrefour. Comentava estar “faceira” por ter saído de casa e que, segundo a filha, “parecia uma criança agarrada no carrinho, querendo comprar tudo que via pela frente”. Dizia ter se sentido “muito feliz” na ocasião e “livre da dor na perna”. Ao falar sobre a retomada de suas atividades, relatava a presença de “altos e baixos” relacionados à expectativa de retorno à normalidade anterior: “Uma hora eu sinto vontade, uma hora eu vou fazer, daqui a pouco eu já não vou. Depende do dia. Outro dia eu choro, eu acho que eu não vou fazer mais, que eu não tenho mais vontade, será que eu vou voltar a ser o que eu era antes”.

O trauma físico trouxe, às participantes, a falência das normas anteriores e a necessidade da construção de novas normas individuais. As limitações impostas pela fratura obrigaram as participantes a se confrontarem com o sofrimento, mas também questionaram a potência de cada uma na construção de novas constantes. Mesmo diante das alternativas singulares criadas por elas no enfrentamento da situação, todas enfatizaram o desejo de retornar à condição anterior, apontando a tendência à conservação de algumas peculiaridades para a elaboração de uma nova ordem.

4.2.6 “Se Deus quiser, quero continuar”

A nova saúde, de acordo com Canguilhem (2006), não é mais a antiga. A doença envolve não apenas a perda de um bem, mas também a reformulação de um resto. O processo de cura está sempre acompanhado de perdas essenciais e do aparecimento de uma nova ordem: uma nova norma individual. As novas normas fisiológicas não se equivalem às normas anteriores à doença

e é impossível permanecer o mesmo diante de tais reformulações. Ainda assim, as participantes trouxeram a expectativa de retomar plenamente seu cotidiano anterior, “voltar ao normal”, destacando a importância disso para suas vidas. A conquista da independência na realização dos cuidados e a retomada das atividades anteriores foram consideradas, por todas as participantes, seu maior desejo quanto ao futuro.

As noções de normal e anormal são problematizadas por Canguilhem (2006) que considera impreciso o limite entre as duas. Para o autor, o estado patológico não se refere à ausência de norma, mas sim à presença de uma norma inferior incapaz de tolerar qualquer desvio das condições em que é válida. Durante a hospitalização, Terezinha e Iolanda traziam a crença na rapidez da recuperação em casa, bem como no retorno breve das suas atividades. No período após a saída do hospital, entretanto, ambas se diziam “frustradas” nesse sentido, destacando a “lentidão” do processo de reabilitação. Terezinha comentava que estava sendo “completamente diferente do que imaginava no hospital”. Trinta dias após a saída do hospital, usando fraldas e sem conseguir caminhar, ela trazia o desejo de seguir caminhando mesmo com algumas limitações: “Se Deus quiser, quero continuar. Não fazendo tudo que eu fazia, mas que eu possa caminhar, que eu possa sair. Não vou me expandir também, porque agora eu fico naquelas. Mas que eu possa sair, que eu possa andar. Só de eu começar a caminhar, eu já fico feliz”.

Após a retirada das fraldas e o início da deambulação, Terezinha ainda se dizia insatisfeita: “ainda não está bem como eu queria, mas está indo devagarinho”, ressaltando a importância da paciência e da calma: “eu vou no limite, devagar e sempre”. Dois meses após a saída do hospital, Iolanda, caminhando apenas com a ajuda de uma bengala, trazia a expectativa de voltar a sair de casa sozinha futuramente, comentando: “Eu acredito. Não sou eu a única que

me quebrei. Todo mundo se quebra de vez em quando. Nessa idade é comum. Espero ficar normal, boa ou quase. Ainda pretendo. Ainda tenho esse sonho, não morreu total”.

A vida, segundo Canguilhem (2006), não admite restabelecimentos, no entanto permite reparações que são inovações fisiológicas. Para o autor, a reconstituição funcional satisfatória para o doente e para seu médico pode ser obtida sem a restituição integral na ordem anatômica. Mesmo reconhecendo a presença de algumas conquistas no que se refere à reabilitação funcional e à retomada de algumas atividades, as participantes enfatizavam as limitações que ainda apresentavam e o desejo de retornar à funcionalidade anterior à fratura e à hospitalização.

Ao comparar as expectativas que tinha no hospital quanto à sua recuperação e o processo de reabilitação em casa, Alda comentava estar sendo “tudo como imaginava, que só ia para frente e que ia ficar tudo que era ruim para trás”. Apenas quanto a sair de casa sozinha, ainda se considerava limitada e “amarrada”. Ao falar dos planos para o futuro, trazia o desejo de reformar seu apartamento antes de sair da casa da filha.

Dois meses após a saída do hospital, Carla, caminhando sem ajuda de nenhum equipamento, se dizia surpresa com a rapidez de sua reabilitação e a progressiva retomada de suas atividades. Com relação ao futuro, trazia o desejo de retomar um antigo sonho: a costura. Ressaltava a “vontade” de costurar que sempre a acompanhou, definindo-a como “uma coisa que a gente tem dentro de querer fazer a coisa”, manifestando a intenção de montar um atelier de costura em breve e “retomar seu antigo sonho”.

A doença, conforme Canguilhem (2006), está para além da privação, já que permanece sempre acompanhada da reformulação. É importante considerar a existência de aspectos positivos e negativos em qualquer interpretação de sintomas patológicos. A partir disso, a doença deixa de

ser reduzida a um fato diminutivo ou multiplicativo e passa a constituir uma experiência de inovação positiva do ser vivo. Sentir-se saudável, para o autor, ultrapassa o sentir-se normal. Enquanto o normal diz respeito à capacidade de manter-se adaptado ao meio, a saúde se refere à capacidade de ser normativo, ou seja, buscar novas normas de vida diante de novas situações. Normal & anormal só podem ser analisado dentro de uma relação, pois o doente deve ser julgado sempre em relação com a situação à qual ele reage e com os instrumentos de ação que o meio lhe oferece.

A fratura e a hospitalização obrigaram as participantes a se confrontarem com limitações funcionais que promoveram grandes alterações em seu cotidiano e colocaram em questão suas normas anteriores. Mesmo valorizando as conquistas obtidas durante o processo de reabilitação e as reformulações feitas a partir do trauma físico, as participantes destacaram o desejo de retornar à funcionalidade anterior e retomar completamente suas atividades.

4.2.7 “O que eu mais tinha medo é que ocorresse isso”

O pensamento sobre a própria morte provoca, segundo Py (2006), um profundo ferimento narcísico, pois permite ao sujeito se deparar com a sua finitude.

Todas as participantes abordaram em algum momento a presença do medo. No período anterior à realização da cirurgia, tanto Terezinha quanto Iolanda relatavam o temor relacionado à cirurgia e à possibilidade de morrer durante o procedimento, enquanto Alda e Carla não teciam comentários a respeito. Terezinha falava sobre o “nervosismo” que sentiu ao saber da fratura e da

necessidade de realizar uma cirurgia. Mesmo sendo informada pelo médico que “essa cirurgia era uma coisa simples”, falava do medo de morrer durante o procedimento sem conseguir ver toda sua família. Já Iolanda temia morrer e deixar seus filhos sozinhos, enfatizando que, como mãe, sua preocupação não era com sua vida ou com seu bem-estar, mas sim com seus filhos. Nesse sentido, comentava “colocá-los sempre em primeiro lugar”.

O acidente, a fratura e a hospitalização trazem à cena o confronto com a finitude que, segundo Py (2006), questiona as ilusões de onipotência e imortalidade. Isso apareceu explicitamente no “medo de morrer” descrito por Iolanda e Terezinha nos momentos iniciais da internação. Já Alda e Carla enfatizaram outras questões nas primeiras entrevistas. Alda se considerava “tranqüila e corajosa” quanto ao momento da cirurgia, comentando já ter realizado outros procedimentos ao longo da vida. Carla, por sua vez, relatava sua angústia em função da imobilização no hospital naquele momento, temendo a possibilidade de permanecer “dependente” de outros para realização de suas atividades no futuro. Na velhice fragilizada em função de problemas de saúde, a percepção da morte pessoal, de acordo com Py (2006), ocorre de forma diferenciada da certeza de se saber mortal. Junto do medo da morte, o temor da perda do controle sobre si assume um papel fundamental como causa e conseqüência do sofrimento dos idosos no fim de suas vidas. Carla, que se dizia “ligeirinha, sempre inventando coisas”, destacava a dificuldade que sentia em permanecer “parada”, sentindo-se “impotente por não poder fazer as coisas” e temendo muito depender de outros para realizar suas atividades no futuro.

Ao longo da internação hospitalar, o medo da morte foi cedendo espaço a outros temores e todas as participantes comentaram temer, em algum momento, a presença de possíveis limitações que poderiam apresentar depois da alta hospitalar. Tal questão foi bastante ressaltada por Carla que confessava temer, antes mesmo da queda, a presença de qualquer acidente que lhe

provocasse alguma limitação funcional: “O que eu mais tinha medo é que ocorresse isso que aconteceu de eu quebrar uma perna. Tanto que eu fazia atividades, andava para lá e para cá fazendo o que eu gosto. Eu tinha medo de querer fazer as coisas e ninguém querer fazer por mim. Então, isso aí me tocou bastante”.

A presença de temor significativo após a fratura de fêmur é trazida por inúmeros autores que apontam a frequência da síndrome da imobilidade em pacientes com fratura de fêmur em decorrência do medo de andar novamente. (PEREIRA, BUKSMAN, PERRACINI, BARRETO E LEITE, 2001). Após a alta hospitalar, todas as participantes destacavam a presença de algum tipo de temor. Terezinha destacava o medo de descer e subir escadas sozinha, pois fraturou o fêmur ao cair na escada do seu edifício. Iolanda considerava o medo de sair sozinha um dos principais obstáculos que vinha enfrentando. Trazia o temor de ser novamente atropelada, comentando: “tenho a impressão de que eu nunca mais vou sair sem ninguém porque tu ficas imaginando que alguém vai te atirar longe”. Ressaltava que a perda da “liberdade que tinha antes” seria o mais difícil caso não pudesse mais sair sem companhia. Iolanda falava do prazer que sentia em sair só “sem rumo” nos momentos anteriores ao acidente e as dificuldades que sentia frente às limitações. Comentava estar sentindo-se “frustrada” por ter que “pedir tudo para a filha” que, no momento, estava exercendo “papel de sua mãe”. Carla relatava a diminuição dos temores um mês após a saída do hospital, pois estava rapidamente retomando suas atividades. Alda, assim como Iolanda, trazia o medo de sair sozinha de casa, no entanto não se mostrava tão mobilizada quanto a isso, comentando que a filha e o marido “estão sempre com ela, os três sempre juntos”.

A presença de algum tipo de temor percorreu o processo de reabilitação de tais mulheres. Os temores iniciais relacionados à morte durante o período de hospitalização aos poucos se transformaram em temores ligados à incapacidade física no futuro. O medo da presença de

limitações que impossibilitassem a retomada do cotidiano anterior e da dependência de outros para a realização das atividades se mostrou presente nos diferentes momentos do processo de recuperação. Diante de progressos na reabilitação e da retomada de algumas atividades, as participantes alternavam alguns momentos de contentamento com a recuperação e outros de insatisfação, considerando o medo de se machucar novamente um obstáculo à reabilitação. Diante do corte com o anterior e a produção de efeitos disso em suas vidas, as participantes mostravam-se inquietas e desassossegadas, denunciando a impossibilidade de retorno ao que se era antes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou relacionar envelhecimento, trauma físico e hospitalização, tendo como norte a análise dos processos de subjetivação. O critério etário, ainda que deficitário, é o principal instrumento de classificação dos sujeitos como velhos ou não em nossa sociedade. A partir dele, as mulheres que participaram da pesquisa (com idade igual ou superior a 60 anos) já eram tidas como idosas antes mesmo da fratura ou ingresso no hospital. Permaneciam capturadas por essa condição e tinham sua subjetividade atravessada por uma série de prescrições e regimes de verdade quanto ao envelhecimento em nosso contexto histórico.

Os regimes de verdade nos remetem à existência de relações de poder no campo social que trazem consigo alguma forma de liberdade e possibilidade de resistência diante das normas. Mesmo sendo interpeladas pelas mesmas prescrições quanto aos modos de ser mulher e idosa, as participantes se relacionavam diferentemente com as regras sociais e conduziam suas vidas de formas diversas.

A partir do acidente sofrido, cada uma delas teve seu cotidiano interrompido pela imposição das forças do *Fora*. Nos primeiros momentos, parecia impossível, para as participantes, dirigir a atenção à sua condição. As preocupações com a sua rotina anterior ao acidente ainda ocupavam o cenário. A fratura no fêmur, aos poucos, imprimiu uma fissura para além do corpo físico, um corte no cotidiano que questionou seus modos anteriores de viver. Diante do estranhamento e do desassossego, foi impossível permanecer o mesmo. O acidente no

corpo abriu caminho ao acontecimento, tido como possibilidade de pensamento, problematização e criação diante de situações de dor e de sofrimento.

O ingresso de tais mulheres em uma unidade hospitalar destinada ao atendimento de idosos as submeteu a uma nova condição de sujeição que relacionou velhice e hospitalização. Os discursos e práticas em relação ao envelhecimento somaram-se ao saber-poder característico do hospital que capturou seus corpos e produziu importantes efeitos nos processos de subjetivação. Os jogos de poder inerentes à lógica de funcionamento hospitalar atuaram como invisibilizadores da multiplicidade presente em cada uma dessas “pacientes idosas” do hospital, no entanto não as silenciou por completo. O mesmo poder disciplinar que produziu o sofrimento dessas mulheres também operou na produção de resistências que afirmaram a singularidade presente em cada uma delas diante das mesmas condições de sujeição.

A submissão às rotinas hospitalares, o constrangimento pela exposição do corpo, o uso de fraldas e a dependência de outros para a realização de seus cuidados foram considerados pontos geradores de intenso sofrimento pelas participantes. O confronto com tais questões, no entanto, colocou em evidência a impotência do corpo como uma condição primeira do mesmo diante das afecções resultantes dos encontros contínuos com outros corpos, com o poder e com a alteridade. O surgimento do “corpo que não agüenta mais” permitiu às participantes retomarem aquilo que é mais próprio ao corpo conforme Pelbart (2004): a sua dor no encontro com a exterioridade, sua condição de corpo afetado pelas forças do mundo. O sofrimento interrogou a potência de resistência dos seus corpos, abrindo caminho para o nascimento de outras formas de potência que não mais a do agente e do ato. Ao se depararem com a impotência primeira do corpo, tais mulheres puderam afirmar, de diferentes formas, a sua singularidade. A partir da passividade constitutiva, do sofrimento primário, dos ferimentos e dores, tornaram-se, aos poucos, ativas. Ao

defenderem-se da ferida mais grosseira (PELBART, 2004, p. 45), puderam abrir-se à diversidade de afecções sutis, transformando seu ser singular.

A partir da produção de efeitos do corte com o anterior em suas vidas, as participantes demonstraram o desassossego pela impossibilidade de retorno ao que se era antes. O acidente, a fratura e a hospitalização trouxeram consigo a falência das normas anteriores e a necessidade de invenção de novas normas, colocando em evidência a potência de criação de tais mulheres.

Ao chegar nos momentos finais deste estudo, é importante destacar que a análise realizada constitui uma das múltiplas formas de abordar tais temas. Permanece o desejo de pesquisar sujeitos em diferentes realidades, o que não pôde ser realizado em virtude dos limites deste estudo. Fica a sugestão de pesquisas com pessoas institucionalizadas, mais ativas e, até mesmo, em idade mais avançada, assim como estudos que contem com a participação de “pacientes” de instituições particulares e de outros convênios/planos de saúde.

REFERÊNCIAS

ALTÓE, Sônia (org). **René Lorau**: Analista Institucional em Tempo Integral. HUCITEC, São Paulo, 2004.

ATTIAS-DONFUT, Claudine. Sexo e Envelhecimento. In: PEIXOTO, Clarisse Ehlers. **Família e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FGV, 2004. pp. 85-108.

BRITTO da MOTTA, Alda. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 13, p. 191-221, 1999.

CAMARANO, Ana Amélia. **Os Novos Idosos Brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

_____. Mulher Idosa: Suporte Familiar ou Agente de Mudança? **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 35-63, set/dez, 2003.

_____. **Envelhecimento da População Brasileira**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARRETEIRO, Teresa Cristina Cordeiro. Acontecimento: categoria biográfica individual, familiar, social e histórica. In: FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. **Família e Casal**: arranjos e demandas contemporâneas. São Paulo: Loyola, 2003.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira, MERHY, Emerson Elias. A integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni M.R.; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs), **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e praticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.

CUNHA, Ulisses; VEADO, Marco Antônio Costa. Fratura da extremidade proximal do fêmur em idosos: independência funcional e mortalidade em um ano. **Rev. Bras. Ortop.**, v. 41, n. 6, p. 195-199, 2006.

DEBERT, Guita Grin. **A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, FAPESP, 2004.

DELEUZE, Gilles. **Diferença e Repetição**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

_____. **Lógica do Sentido**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.

_____. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

EIZIRIK, Marisa F. Por que fazer pesquisa qualitativa? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, pp. 19-32, 2003.

_____. **Michel Foucault: um pensador do presente**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2002.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. Fala e Acontecimento em Análise. In: FIGUEIREDO, Luís Cláudio. **Escutar, Recordar, Dizer: encontros heideggerianos com a clínica psicanalítica**. São Paulo: Educ/Escuta, 1994.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos V. Ética, sexualidade e política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. **História da Sexualidade I**. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003a.

_____. **História da Sexualidade II**. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003b.

_____. **A Verdade e as Formas Jurídicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nau, 2003c.

_____. **Um diálogo sobre os prazeres do sexo: Nietzsche, Freud e Marx**. Theatrum Philosophicum. São Paulo: Landy, 2000.

_____. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. pp. 231-249.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

HEREDIA, Olga Collinet. Mulher e Velhice demográfica. In: STREY, Marlene Neves; MATTOS, Flora B.; FENSTERSEIFER, Galda; WERBA, Graziela C. **Construções e Perspectivas em Gênero**. São Leopoldo: UNISINOS, 2000. pp. 191-198.

JULIANI, C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, pp. 323-33, dez. 1999.

KAWASAKI Kozue; DIOGO, Maria José D'Euboux. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 12, n. 2, pp. 55-60, ago 2005.

LAPOUJADE, David. O corpo que não agüenta mais. In LINS, Daniel, GADELHA, Sylvio. **Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, Sexualidade e Educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de. **O Desafio do Conhecimento**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MUNIZ Clara Fernandes; ARNAUT, Amanda Carla; YOSHIDA, Mariana; TRELHA, Celita Salmaso. Caracterização dos Idosos com Fratura de Fêmur Proximal Atendidos em Hospital Escola Público. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 2, pp. 33-38, jun 2007.

MUYLAERT, Marília A. **Corpoafecto: O Psicólogo no Hospital Geral**. São Paulo: Escuta, 1995.

ORLANDI, Luis Benedito Lacerda. Corporeidades em Minidesfile. In: FONSECA, Tânia Galli; ENGELMAN, Selda. **Corpo, Arte e Clínica**. Porto Alegre: UFRGS, 2004. pp. 65-87.

PEIXOTO, Clarice. Entre o Estigma e a Compaixão e os Termos Classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, Myriam Moraes Lins de. **Velhice ou Terceira Idade**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998. pp. 69-84.

PELBART, Peter Pál. O Corpo do Informe. In: FONSECA, Tânia Galli; ENGELMAN, Selda. **Corpo, Arte e Clínica**. Porto Alegre: UFRGS, 2004. pp. 41-48.

_____. **O Tempo Não-reconciliado**. São Paulo: Perspectiva, FAPESP, 1998. PEREIRA, S.R.M.; BUKSMAN, S.; PERRACINI, M.; PY, L.; BARRETO K.M.L.; LEITE V.M.M. **Queda em Idosos**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, junho de 2001.

PY, Ligia. **A Ética na Abordagem de Pacientes Terminais**. Seminário Velhice Fragilizada, SESC Avenida Paulista, nov. de 2006.

RIBEIRO, Adalgiza Peixoto; SOUZA, Edinilsa Ramos de; ATIE, Soraya; SOUZA, Amaro Crispim de; SCHILITZ, Arthur Orlando. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, pp. 1265-1273, 2008.

RODRIGUES, Nara da Costa. Política Nacional do idoso: retrospectiva histórica. **Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 3, pp. 149-158, 2001.

SÁNCHEZ SALGADO, Carla Delia. Mulher Idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**. Porto Alegre, v. 4, pp. 7-19, 2002.

SAKAKI, Marcos Hideyo; OLIVEIRA, Arnóbio Rocha; OLIVEIRA, Fabrico F. Coelho; GARCEZ LEME, Luiz Eugênio; SUZUKI, Itiru; AMATUZZI, Marco Martins. Estudo da mortalidade na fratura do fêmur proximal em idosos. **Acta Ortop. Brás**, v. 12, n. 4, pp. 242-249, 2004.

SILVA, Rosane N. A dobra deleuziana: políticas de subjetivação. **Revista do Departamento de Psicologia (UFF)**, Niterói, v. 6, n. 1, pp. 55-75, 2004.

ANEXOS

ANEXO A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa do Curso de Mestrado em Psicologia Social e Institucional do Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, intitulada: Velhice e Subjetivação. Esta pesquisa busca entender como se dá o processo de subjetivação na internação hospitalar de idosas na Linha de Cuidado do Trauma do Idoso. O tema escolhido se justifica pela alta incidência de fratura de fêmur em idosas no Hospital Cristo Redentor, bem como pelo impacto significativo que isso promove na vida das mesmas.

O trabalho está sendo realizado pela pesquisadora Daniela Rosa Cachapuz e sob a supervisão e orientação do Prof. Sergio Antônio Carlos. Para a realização do estudo, serão feitas entrevistas individuais em diferentes momentos. As primeiras entrevistas serão na internação hospitalar, onde você irá responder a perguntas durante, aproximadamente, trinta minutos. Em outro momento, serão realizadas mais duas entrevistas individuais com duração de, aproximadamente, 30 minutos. Essas entrevistas serão realizadas trinta e sessenta dias após a sua alta após a alta hospitalar no ambulatório do Hospital Cristo Redentor ou em visitas domiciliares se você aceitar. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora durante cinco anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução nº 196/1996).

Eu _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

1) Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.

2) De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim ou ao paciente.

3) Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

4) Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou para outras perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Daniela Rosa Cachapuz, telefone: 33574124, e e-mail: danielacachapuz@hotmail.com e endereço: Rua Domingos Rubbo, 22. Setor de Psicologia, 2º andar. Bairro Cristo Redentor. Porto Alegre.

5) Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos, coordenador executivo do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 33572407.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__.

Entrevistada

Assinatura da entrevistada

Entrevistadora

Assinatura da Pesquisadora

