

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FRANCIELE ROBERTA CORDEIRO

**EU DECIDO MEU FIM?
a mídia e a produção de sujeitos que governam sua morte**

**Porto Alegre
2013**

FRANCIELE ROBERTA CORDEIRO

**EU DECIDO MEU FIM?
a mídia e a produção de sujeitos que governam sua morte**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Henriqueta Luce Kruse

**Porto Alegre
2013**

CIP - Catalogação na Publicação

Cordeiro, Franciele Roberta
Eu decido meu fim? a mídia e a produção de sujeitos
que governam sua morte / Franciele Roberta Cordeiro.
-- 2013.
160 f.

Orientadora: Maria Henriqueta Luce Kruse.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Enfermagem. 2. Mídia. 3. Morte. 4. Estudos
Culturais. 5. Discurso. I. Luce Kruse, Maria
Henriqueta, orient. II. Título.

Franciele Roberta Cordeiro

Eu decido meu fim? A mídia e a produção de sujeitos que governam sua morte.

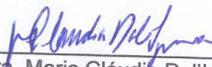
Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 08 de novembro de 2013.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse
Presidente da Banca – Orientadora
UFRGS



Profa. Dra. Maria Cláudia Dal'Igna
Membro da banca
UNISINOS



Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida
Membro da banca
UFRGS



Profa. Dra. Mariene Jaeger Riffel
Membro da banca
EENF/UFRGS

Não TENHO Medo da Morte, MAS Medo de MORRER, SIM.
A Morte é depois de MIM, MAS quem vai MORRER SOU eu
O derradeiro ato MEU;
E eu terei de estar presente, ASSIM como UM presidente
dando posse ao SUCESSOR, terei que MORRER VIVENDO,
Sabendo que já Me Vou.
(Gilberto Gil)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à cada um que fez parte dessa caminhada. Uns mais longe, outros mais perto. Com certeza as conversas, discussões e a descontração ao lado de cada um de vocês contribuíram para que esse trabalho pudesse se materializar.

Agradeço à professora Maria Henriqueta, pelo seu apoio, carinho e profissionalismo. És um exemplo de pessoa, mulher e profissional. Certamente esse trabalho tem muito do seu pensamento e das nossas conversas. Obrigada pelo convívio tranquilo nesse período do mestrado.

Ao meu irmão Thales, meu amigo, companheiro desde a infância. Das horas difíceis até os sorrisos que afagaram o peso da nossa caminhada. Os caminhos que tomamos nos deixaram distantes fisicamente, mas nossa ligação é forte. És muito importante para mim.

À Thiana e Camila, mais do que colegas de faculdade, se tornaram amigas. Ouviram muitas das preocupações sobre o mestrado, a dissertação, mas também me descontraíram mesmo estando longe de Santa Maria.

Às colegas de grupo de pesquisa que foram importantes nessa caminhada. Camila, Stefanie, Monalisa, Rúbia, Dayane, Aline, Roselie e Cristiane: um pouco de nossas conversas estão por aqui.

Às professoras Maria Cláudia Dal'Igna, Miriam de Abreu Almeida e Mariene Jaeger Riffel, que aceitaram fazer parte da banca de avaliação dessa dissertação, dispondo um pouco do seu tempo para olhar com atenção os escritos aqui presentes. Um agradecimento especial à professora Mariene, a qual admiro e respeito muito. Nos momentos em que a procurei, fostes sempre de extrema delicadeza e disponibilidade para sanar (ou aumentar ainda mais) as dúvidas sobre o referencial pós-estruturalista.

Aos meus pais, por estarem comigo em pensamento desde a graduação até o período do mestrado. Certamente, a ausência nos deixa mais forte em alguns momentos. Agradeço às minhas irmãs Thamires, Thaciele e Thaisa pelas nossas conversas nas redes sociais, pois isso diminuiu um pouco da distância entre nós.

À professora Margrid Beuter, pelo seu carinho, amor e dedicação. Mesmo longe, continuas sendo a minha “mãe e orientadora do coração”.

À Claive e Laerte, por serem uma constante nesses dois anos. Vocês são a figura materna e paterna em quem reconheci o amor, a preocupação e a dedicação. Motivaram-me e

fortaleceram-me nas horas em que mais precisei. Meu muito obrigada à Larissa, por ter “emprestado” vocês nesses momentos.

À Nadir e ao Sérgio, pela presença em minha vida. Se hoje concluo mais uma etapa em minha trajetória, certamente é porque em vocês eu tive inspiração e aprendi muito sobre o significado das palavras luta, persistência e determinação.

À CAPES pelo apoio financeiro para a realização dessa pesquisa.

Por fim, agradeço ao Vinícius. Meu companheiro e amigo. Sabes da tua importância em minha vida. Nossos debates sobre história, as aulas sobre informática, os passeios de bicicleta e as tuas palavras tentando contra-argumentar os meus discursos contribuíram para que esse trabalho pudesse ser escrito.

RESUMO

Cordeiro, F.R. **Eu decido meu fim?**: a mídia e a produção de sujeitos que governam sua morte. 2013. 160 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

A mídia constitui-se em um local de produção e de circulação de verdades que produzem o pensamento e as práticas sobre a morte no contemporâneo. Dessa forma, o objetivo desta dissertação é analisar como os discursos que circulam em revistas informativas brasileiras propõem um modo de governo do final da vida, ou seja, trata da produção de sujeitos que governam o seu fim. A pesquisa inscreve-se no campo dos Estudos Culturais, em sua vertente Pós-Estruturalista, tendo como referencial teórico e metodológico o pensamento do filósofo Michel Foucault. O material empírico foi composto a partir de 10 reportagens que circularam entre 2002 e 2012 nas revistas *Época* e *Veja*. Para organizar os discursos e selecionar o *corpus* de análise, foi elaborado um mapeamento discursivo utilizando o *software* ATLAS. Ti 7, versão *Free Trial*. Os achados foram submetidos à análise de discurso de inspiração foucaultiana. Para a discussão dos dados, utilizei as noções metodológicas de discurso, saber, poder e governo. Os resultados foram apresentados em três unidades de análises: 1) Planejando a vida e a morte: decida seu fim!; 2) Quem nos ensina a morrer? e 3) Você está preparado para fazer o seu testamento vital?. A partir da hipótese de leitura, foram articulados campos discursivos, como o religioso, o jurídico e o médico, que permitiram mostrar as superfícies de emergência das relações de poder-saber para que os sujeitos possam governar a sua morte. O discurso médico, por exemplo, sobressaiu-se como aquele autorizado a falar sobre esse evento, enquanto a enfermagem apareceu atrelada aos cuidados corporais. Observei a morte no domicílio como uma estratégia biopolítica produzida pelo Estado, estratégia que ganha legitimidade ao circular pelas páginas das revistas, e que a qualidade de vida na hora da morte aparece como uma disciplina a ser seguida ou como um objetivo a ser alcançado. Concluo, assim, que as revistas produzem o que neste texto denominei currículo do final da vida, ensinando e propagando a aceitação da morte, além de avaliar os leitores a partir de determinadas ferramentas que aferem sua capacidade de tomar decisões, como, por exemplo, a respeito da morte.

Palavras-chave: Morte; Enfermagem; Discurso; Estudos Culturais; Mídia; Pós-Estruturalismo.

ABSTRACT

Cordeiro, F.R. **I decide my end?** : the media and the production of subjects that govern his death. 2013. 160 f. Master Thesis (Master in Nursing)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

The media consider itself as a local of production and of circulation of truths, which constitute thought and the practices about death in contemporary. The objective was to analyze how discourse from speeches that circulate in Brazilian informative magazines proposes a way of govern the end of life, in other words, this work is about the production of subjects that govern their end. The search is subscribed in field of Cultural Studies, in its Post-structuralist line, and its theoretical and methodological reference is the thought of philosopher Michel Foucault. The composition of empiric material happened from 10 interviews that circulated between 2002 and 2012 in magazines *Época* and *Veja*. To organize the speeches and select the *corpus* of analyze, it was elaborated a discursive mapping using the software ATLAS. Ti 7, Free Trail Version. The findings were submitted to discourse analyses. To discuss the data, the methodological notions of discourse were used, as knowledge, power and govern. The results were presented in three units of analyses: 1) Planning life and death: decide your end! 2) Who teach us to die? 3) Are you prepare to make your vital testament? From the hypothesis of reading, the discursive fields were articulated, such as religious, the legal and the medical, that allow to show the surfaces of emergency of relations of power-knowledge for that the subjects can govern their death. The medical discourse is emphasized as the one which is authorized to talk about this event while the nursing came connected with the body care. It was observed the death in house as biopolitics strategy produced by the State, which achieves legitimacy circulating in magazines pages. The quality of life comes in the time of death as a discipline to be followed or as an objective to be achieved. I conclude that magazines institute what I called *curriculum* of life end, teaching and spreading the acceptance of end, beyond to evaluate the readers from determinate tools that assess their ability to take decisions, as for example, about the death.

Keywords: Death; Nursing; Discourse; Cultural Studies; Media; Post- Structuralism.

RESUMEN

Cordeiro, F.R. **Yo decido mi fin?** : Los medios de comunicación y la producción de sujetos que gobiernan su muerte. 2013. 160 f. Tesis de Maestría (Maestría em Enfermería)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

La media se constituye como un lugar de producción y de circulación de verdades, las cuales constituyen el pensamiento y las prácticas sobre la muerte en el mundo contemporáneo. Así, lo objetivo de esta tesina fue el de analizar como los discursos publicados en revistas informativas brasileñas proponen una forma de decisión sobre el final de la vida, en otras palabras, trata de la producción de sujetos que deciden su fin. La investigación se inscribe en el campo de los Estudios Culturales, en su vertiente Post-Estructuralista, teniendo como referencial teórico y metodológico el pensamiento del filósofo Michel Foucault. La composición del material empírico se dió a partir de 10 reportajes que fueron publicadas entre 2002 y 2012 en las revistas *Época* y *Veja*. Para organizar los discursos y seleccionar el *corpus* de análisis, se elaboró un ordenamiento discursivo utilizando el *software* ATLAS. Ti 7, versión *Free Trial*. Los materiales fueron sometidos a un análisis de discurso. Para la discusión de los datos, se utilizaron las nociones metodológicas de discurso, saber, poder y decisión. Los resultados fueron presentados en tres unidades de análisis: 1) Planeando la vida y la muerte: ¡decida su fin! 2) ¿Quién nos enseña a morir? 3) ¿Está usted preparado para hacer su testamento vital? A partir de la hipótesis de lectura, fueron articulados campos discursivos, tales como el religioso, el jurídico y el médico, que permitieron mostrar las superficies de emergencia de las relaciones de poder-saber para que los sujetos puedan decidir su muerte. El discurso médico se sobresale como el autorizado a hablar sobre ese evento, mientras que la enfermería aparece vinculada a los cuidados corporales. Se observó la muerte en domicilio como una estrategia biopolítica producida por el Estado, que gana legitimidad al estar publicada en las páginas de las revistas. La calidad de vida aparece a la hora de la muerte como una disciplina a ser seguida o como un objetivo a ser alcanzado. Se concluye que las revistas instituyen lo que se denominó círculo del final de la vida, enseñando y propagando la aceptación del final, además de evaluar los lectores a partir de determinadas herramientas que confirmen su capacidad de tomar decisiones como, por ejemplo, respecto a la muerte.

Palabras-clave: Muerte; Enfermería; Discurso; Estudios Culturales; Media; Post-Estructuralismo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Eu decido meu fim.....	16
Figura 2- Organização dos discursos no programa Atlas. TI.....	28
Figura 3- Cena da Guerra Espanhola.....	50
Figura 4- Cena do filme "Alô, amigos!".....	51
Figura 5- Cena do filme " Você já foi à Bahia?".....	52
Figura 6- Eles querem ajuda para morrer.....	71
Figura 7- Vivendo a morte.....	73
Figura 8-Sem tempo.....	73
Figura 9- Ajuda-me a morrer. Créditos: Shutterstock.....	74
Figura 10- Capa da Revista Veja.....	79
Figura 11- Carinho da família.....	85
Figura 12- O que hoje é fútil amanhã pode ser a cura.....	93
Figura 13- O direito de escolher.....	96
Figura 14- A clínica especializada em morte.....	100
Figura 15- O que conta é a avaliação técnica do médico.....	108
Figura 16- Capa da revista Veja.....	109
Figura 17- Ele não queria vir para o hospital.....	114
Figura 18- Quadro "O médico" de Samuel Fildens.....	115
Figura 19- Seria hipocrisia dizer que não é eutanásia.....	117
Figura 20- A decisão mais difícil.....	118
Figura 21- Principais dúvidas.....	122
Figura 22- Pelo respeito às finanças da família.....	123
Figura 23- Lutar até o fim.....	124
Figura 24-Longe do hospital.....	127
Figura 25- A mulher que alimentava.....	128
Figura 26-Cenas do morrer.....	135
Figura 27- Aula de otimismo.....	137
Figura 28- Você está preparado para o testamento vital?.....	143
Figura 29- Internação é o pior.....	146

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Material empírico da pesquisa.....	25
Tabela 2- Exemplo de mapeamento discursivo.....	26

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANCP	Academia Nacional dos Cuidados Paliativos
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
CMF	Conselho Federal de Medicina
CP	Cuidados Paliativos
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HSPSP	Hospital do Servidor Público de São Paulo
PET – CT	Positron Emission Tomography- computed tomography
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 DOS DISCURSOS QUE NOS ATRAVESSAM.....	16
2 OS CAMINHOS PERCORRIDOS.....	23
3 SOBRE OS DITOS & ESCRITOS.....	33
3.1 Direito de morte e poder sobre a vida: elementos para uma história dos corpos.....	34
3.2 A incitação aos discursos: mídia e governo dos corpos.....	48
3.3 A sinfonia dos discursos: no ritmo do poder e da biopolítica.....	59
4 ELES QUEREM AJUDA PARA MORRER.....	71
4.1 Planejando a vida e a morte: decida o seu fim!.....	76
4.2 Quem nos ensina a morrer?.....	101
4.3 Você está preparado para fazer o seu testamento vital?.....	125
5 SOBRE A CORAGEM DESSAS VERDADES.....	146
REFERÊNCIAS.....	151

1 DOS DISCURSOS QUE NOS ATRAVESSAM¹

Figura 1- Eu decido meu fim



Fonte: Veja, 12 set. 2012

¹ Os títulos dos capítulos desta dissertação remetem a elementos do referencial Pós-Estruturalista. Também utilizo-me de imagens das revistas analisadas para fomentar as discussões e destacar a temática abordada.

Mas que faz o escritor que escreve? Tudo o que faz um homem que trabalha, mas num grau eminente. Ele também produz algo: é por excelência a obra. Essa obra, ele a produz modificando realidades naturais e humanas. Escreve a partir de certo estado de linguagem, de certa forma de cultura, de certos livros, a partir também de elementos objetivos, tinta, papel, impressora. Para escrever, deve destruir a linguagem tal como é e realizá-la sob uma outra forma, negar os livros, fazendo um livro com o que não são. Esse novo livro é certamente uma realidade: podemos vê-lo, tocá-lo, até mesmo lê-lo (BLANCHOT, 1997, p.303).

Ao iniciar a escrita da dissertação, muitas recordações e sentimentos me vieram à mente. Possivelmente sejam essas múltiplas sensações que me levaram à escolha do tema aqui discutido, das palavras que escrevi e dos caminhos que percorri. A morte tem me acompanhado na vida pessoal, pois já tive perdas importantes, e também desde os primeiros passos na vida acadêmica. Na graduação, desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso junto a profissionais de enfermagem que cuidavam de crianças, adolescentes e adultos com doença oncológica fora de possibilidade de cura. Posteriormente, atuei como enfermeira em um ambulatório de quimioterapia, onde cuidei de pessoas com doenças que ameaçam a vida e pude participar das diferentes situações relacionadas a esse acontecimento. Durante o curso de mestrado, tive a oportunidade de realizar o estágio de docência no Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Uma cena, no decorrer dos dias acompanhando as alunas, capturou meu olhar. Ao realizarmos um procedimento em uma paciente idosa que estava nos momentos finais de vida, uma de suas acompanhantes nos dirigiu a palavra emocionada, ansiosa e permeada por todos os tipos de sentimentos que essa hora desperta, e perguntou: “Vocês estão fazendo eutanásia com a minha mãe?”.

Aquele momento repercutiu por dias em meus questionamentos a respeito da morte e do cuidado das pessoas com doença fora de possibilidade de cura. Diante dessas experiências, passei a questionar os múltiplos discursos sobre os sujeitos no final da vida e como eles circulam entre nós. Ao encontro dessas inquietações, em outubro de 2012, deparei-me com duas capas de revistas que convidavam os sujeitos a olharem para sua morte: a da revista *Veja* do mês de setembro de 2012 (Figura 1) e a da revista *Época* do mês de julho do mesmo ano (Figura 9, p. 72). Essas revistas traziam reportagens especiais discutindo a elaboração do testamento vital, apresentando as novas diretivas sobre a morte elaboradas pelo Conselho Federal de Medicina. Talvez mais do que isso, como estava explícito na capa da revista *Veja*, elas convocam os sujeitos a decidirem sobre o seu fim.

Eu decido o meu fim? Quem decide o meu fim? Como eu quero morrer? Como eu

quero viver? Essas questões emergem em um contexto no qual os sujeitos são convocados a pensar e olhar para o seu final da vida, por meio das imagens e dos textos das reportagens que circulam em ambos os artefatos. Esses questionamentos culminaram, também, no título deste trabalho que nos convida a pensar sobre a morte e o processo de morrer. Problematizar essa temática me parece pertinente, especialmente no cenário atual, em que nos deparamos com mobilizações na área da saúde e jurídica em torno da morte. As diretivas antecipadas de vontade, publicadas no mês de agosto de 2012 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução nº 1.995/2012, são exemplo disso. Esse documento discorre sobre os direitos de tomada de decisão ao término da vida, por meio de diretivas de vontade que são “o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” (BRASIL, 2012). As diretivas, emitidas a partir de um lugar de poder, por sujeitos *experts* sobre o corpo, levam-nos a questionar o modo como os sujeitos passam a olhar e a pensar o seu final de vida. Penso que essa difusão e o apelo pela “autonomia” do sujeito na hora de sua morte ganha força em diferentes artefatos da mídia, que põe em circulação um posicionamento frente à morte que pretende produzir sujeitos de determinado tipo.

Dessa forma, questiono: **Como os artefatos da mídia (re) produzem e vinculam os discursos a respeito da morte? Quais são as condições que permitem a circulação desses discursos?** Ao formular minhas questões, utilizo o pronome interrogativo “como” com a pretensão de abrir possibilidades de compreensão dos acontecimentos. Busco compreender as tramas de poder que atravessam as pessoas que morrem, seus familiares e os discursos que constituem a forma de agir, de pensar e de produzir verdades e condutas a partir de linhas de forças que perpassam o morrer. Assim como Foucault (2009a), “se atribuo um certo privilégio a questão do “como”, não é para eliminar a questão do quê e do porquê. Mas para colocá-las de outro modo; ou melhor: para saber se é legítimo imaginar um ‘poder’ que reúne um que, um porquê e um como”.

Atenho-me aqui aos discursos que acredito atravessarem quase todas as pessoas: aqueles da cultura midiática. Acredito que a mídia é um importante meio de difusão de enunciados, constitutiva de opiniões, modos de agir e pensar, “ensinando” como se portar frente às demandas. A cultura midiática se refere à abrangência dos acontecimentos e das novas dinâmicas culturais estabelecidas a partir dos anos 1980, com a associação dos elementos das até então denominadas cultura erudita e cultura de massa. O

termo mídia foi cunhado em 1992, para designar quaisquer meios de comunicação de massa. Porém, com a hibridização ocorrida nesse setor, aliada aos novos aparatos tecnológicos, a mídia passou a ser responsável não somente pela difusão das informações à população denominada “massiva”, mas à população de maneira geral. Dessa forma, o termo “mídia”, no contexto atual, passa a referir-se a todo o processo de comunicação, mediado por computadores, seus afins e o meio impresso (SANTAELLA, 2003).

O jornal, a televisão, a internet, o rádio e as revistas são os meios pelos quais a população tem acesso às informações a respeito de variados temas. As mídias se destacam por difundir e constituir opiniões sobre temas como alimentação, o cenário político, o mercado de trabalho, o cenário econômico e também aqueles relativos à vida e à morte. Dentre as notícias ou informações que circularam nesses artefatos, a morte aparece constantemente, sendo o meio pelo qual tomamos conhecimento sobre aqueles que faleceram, o modo como faleceram e de que maneira isso impactou algum aspecto da vida e da organização social. Além disso, dentre as várias formas de abordar a temática, destacam-se as abordagens fatalísticas ou recorrentes, já que observamos a morte muito presente na mídia quando se trata de noticiar eventos sobre vítimas de acidentes de trânsito, de assassinatos, de assaltos ou mortes provocadas pela falta de atendimento nos serviços de saúde, apontando as crises e limitações desses serviços. Por outro lado, a morte é apresentada como questão a ser pensada enquanto acontecimento. Identificamos essa abordagem por meio de enunciações que envolvem a possibilidade de vida após a morte, a reversão desse evento por meio de técnicas como a criogenia ou o prolongamento da vida por meio de investimentos tecnológicos.

Segundo o Pós-Estruturalismo, perspectiva que adotei para desenvolver este estudo, os discursos que circulam nessas mídias constituem-se de enunciados que ganham legitimidade, atravessando os corpos que os “consomem”. Assim, os artefatos tornam-se um lugar de produção de verdades, circulação de ideias, valores, normas, posturas, propondo modos de conduzir as condutas dos sujeitos (HENNIGEN; GUARESCHI, 2006).

A morte, desde tempos remotos, representa um enigma para a existência humana. Inúmeras foram e são as tentativas de explicá-la, conceituá-la e entendê-la. Neste estudo, não tenho a pretensão de buscar ou interpretar os sentidos atribuídos à morte. Também não pretendo elucidar alguma verdade que possa estar por detrás de certas proposições. Penso ser mais interessante rachar as palavras e as coisas que as constituem, a fim de buscar suas condições de emergência. Compreendo a morte e suas formas de manifestação enquanto um acontecimento, no sentido que Foucault (2010) atribuiu a essa palavra. Acontecimento a partir de uma influência estoica, o qual não é somente substância ou tampouco

acidente, mas correlação em meio à dispersão. Acontecimento não é propriedade de corpos, mas se produz a partir dos efeitos dessas materialidades.

Meu **objetivo** foi: analisar como os discursos sobre o final da vida circulam na mídia. Propus-me adentrar o jogo de forças estabelecido pela cultura midiática em relação à morte. Para isso, recorri a autores que pesquisaram o modo como os corpos dos moribundos foram/são governados e subjetivados em diferentes contextos históricos, contribuindo com elementos para a construção de uma história do presente que ajuda a vislumbrar o devir em relação aos cuidados e os modos de conduzir a morte (ARIES, 2000; ELIAS, 2001). Além disso, tomei os artefatos midiáticos como dispositivos que operam enquanto linhas de luz, dispondo as visibilidades e dizibilidades sobre a morte. Penso que o manuseio das revistas permitiu conhecer alguns enunciados sobre a morte e o morrer, capturados a partir do jogo de relações e das lutas entre os campos enunciativos que ocupam o espaço midiático.

Rosa Fischer nos apresenta as mudanças ocorridas nos últimos 15 anos em relação às pesquisas utilizando a análise dos chamados “artefatos culturais”. Segundo a autora “revistas, programas de televisão, peças publicitárias são tão reais como pessoas de carne e osso que respondem questionários, participam de entrevistas e nos oferecem informações para a pesquisa” (FISCHER, 2013, p. 10), despontando um cenário de análise problematizador, histórico e diferenciado que possibilita “desnaturalizar” verdades a respeito de temas que anteriormente eram passíveis, especialmente, da interpretação do pesquisador.

Em outubro de 2012, ao consultar as bases de dados para identificar a produção do conhecimento em enfermagem sobre a morte e o processo de morrer, constatei a escassez de trabalhos relacionados aos Estudos Culturais, especialmente a partir da análise de artefatos midiáticos. Na busca realizada na base de dados PubMed, ao utilizar os descritores “*death and nursing and cultural studies*”, foram recuperados 200 artigos, sendo que destes nenhum abordava a morte pela perspectiva utilizada nessa dissertação. No portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando os descritores “*death and media and cultural studies*”, foram recuperados 28 artigos. Alternando os descritores e associando “*nursing and post structuralism*”, recuperaram-se 89 trabalhos, sendo que, em ambas as buscas, novamente não foram encontrados artigos que abordassem a morte na perspectiva pós-estruturalista.

Consultei também o Banco de Teses e Dissertações da CAPES para identificar as tendências nas produções em torno da morte e conhecer o que tem sido produzido a respeito da temática. A busca foi feita a partir da associação entre as palavras “morte” e

“enfermagem”. Não foi delimitado um período para o levantamento. Foram recuperados 340 trabalhos, cujos títulos e resumos foram lidos para identificar a abordagem trabalhada. Destes, 67 eram teses e 283 eram dissertações. Nessas produções, a morte é discutida a partir dos Cuidados Paliativos, das relações entre equipe de saúde e paciente, equipe de saúde e familiares ou, dos modos como a equipe reage e atua frente à morte. A temática é abordada a partir da relação com doenças em fase avançada sem possibilidade de cura, especialmente os casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Câncer. Alguns trabalhos destacam os aspectos relacionados à mortalidade materna ou do filho, além dos cuidados com pacientes em período pós-cirúrgico. Tais estudos utilizaram como metodologia os estudos de casos, estratégias grupais e análises fenomenológicas e existencialistas.

Dessa forma, mostra-se relevante a inserção de novas perspectivas para problematizar a morte no campo da saúde e da enfermagem. O olhar a partir do referencial pós-estruturalista e as lentes foucaultianas apresentam outras possibilidades de análise, em meio a um tipo de poder bem específico e atual que age sobre os corpos e as almas: o biopoder. Este opera por meio do conhecimento dos sujeitos, garantindo o seu controle com base em cálculos estatísticos, da apropriação de territórios e da disposição de estratégias que potencializam a vida, pulverizam os riscos e favorecem a organização das populações (FOUCAULT, 2008a).

Neste trabalho, não procurei elucidar o que seria mais ou menos verdadeiro no processo de morrer, pôr em xeque os modos como as pessoas experienciam esse processo ou mesmo como deveria ser uma boa morte. Tentei, no entanto, apreender as diferentes formas como as revistas constituem e são constituídas por discursos que fazem circular verdades que buscam governar o modo como os sujeitos devem morrer no contemporâneo.

No próximo capítulo, apresentarei as ferramentas teórico-metodológicas que utilizei em minhas análises. Discutirei as noções de discurso e poder e alguns caminhos propostos pelo referencial pós-estruturalista na análise de artefatos culturais. Ressalto que em minha análise não busco relações de correspondência entre o que está dito nos artefatos e o que se vê na “realidade”, visto que aquilo que se vê quase nunca é aquilo que se diz. Acredito, assim como Hennigen (2010, p. 170) que o “fundamental nesse tipo de análise é atentar para as múltiplas relações em torno do que está sendo dito, do que se enuncia”. No terceiro capítulo, trarei algumas contingências em torno da morte e da mídia. Trata-se daquilo que tradicionalmente tem sido chamado de revisão de literatura, onde articulo as noções de discurso, poder e a noção de biopolítica como favorecedores para o governo da vida, da alma,

do corpo e da morte dos sujeitos. Procurei não traçar uma linearidade na forma de contar a história sobre os que morrem, bem como não pretendi afirmar que a morte que temos hoje é consequência ou resultado único de uma possível evolução histórica. Ao contrário, procurei mostrar as relações de poder sobre os corpos e como isso tem repercutido nos modos como as sociedades governam a morte ao longo dos séculos. No quarto capítulo, encontram-se as discussões dos meus achados, divididas em três unidades de análise, nas quais operei com as noções de poder, governo e discurso, dando visibilidade àquilo que acredito serem as novas emergências sobre a morte no contemporâneo. Mostrarei nesse capítulo a “conversação” entre as modalidades discursivas, os campos discursivos e os sujeitos autorizados a falar, que permitem mostrar as superfícies de emergência das relações de poder-saber para que os sujeitos possam governar a sua morte. Apontarei o favorecimento da morte no domicílio como uma estratégia biopolítica articulada por diferentes campos enunciativos como a religião, a medicina, a mídia, entre outros, e mostrarei como as revistas vão instituindo o que chamo de currículo do final da vida, reconhecendo aqueles que estão ou não preparados para governar o seu fim. As revistas ensinam e propagam a aceitação da morte, além de avaliar os leitores a partir de determinadas ferramentas que aferem sua capacidade de tomar determinadas decisões. Ainda no quarto capítulo, reconhecerei a mídia como um local de tradução (FOUCAULT, 2008b) sobre os discursos “científicos” a respeito da morte, discursos que produzem outros sentidos e atribuem significados aos conceitos como os Cuidados Paliativos, a eutanásia, a ortotanásia e o suicídio assistido. Além disso, são apontados os benefícios e os “castigos” para aqueles que não desejam ter uma morte tranquila e “normal” junto da família e amigos, especialmente no domicílio.

2 OS CAMINHOS PERCORRIDOS

Mas as intensidades primeiras que me motivaram permaneciam do lado de fora. E uma vez que havia o risco de elas não passarem para a ordem das razões, uma vez que meu discurso era incapaz de levá-los como caberia, o melhor não seria deixá-las na forma mesma que me fizeram senti-la? (FOUCAULT, 2003a, p. 204).

Neste capítulo apresento o caminho que percorri, a partir das palavras de Foucault, as quais traduzem um pouco das angústias que permeiam a escolha das estratégias a serem adotadas na tentativa de analisar como os discursos da mídia propõem um modo de governo do final da vida. Seria fácil fechar os olhos e deixar essas inquietações permanecerem do lado de fora, mas a vontade de ir além nas questões relativas a morte e o morrer é maior e motivam. Definitivamente, é um caminho sem volta.

Para falar das estratégias escolhidas e das ferramentas utilizadas, é preciso inicialmente situar o leitor a respeito dos lugares de onde falo e sobre a perspectiva que adotei para a realização da pesquisa. Falo como enfermeira, com uma trajetória que possivelmente direciona o meu olhar e que dá singularidade às análises. As leituras que fiz, os caminhos que trilhei, os materiais que utilizei, não me levaram à possibilidade de generalizar meus achados, ou mesmo torná-los uma verdade irrefutável. Construí uma hipótese de leitura sobre um assunto complexo, a morte, que pode ter diferentes perspectivas que inclusive se modificam quando propomos analisar sobre tal acontecimento.

Além disso, encontro-me em um mundo denominado contemporâneo² e é em torno deste momento histórico que realizo minhas análises. Esta dissertação insere-se no campo dos Estudos Culturais, na vertente pós-estruturalista e sob a perspectiva do filósofo Michel Foucault.

A vertente pós-estruturalista dos Estudos Culturais assume que a cultura interfere na organização do mundo contemporâneo, nas relações estabelecidas entre os diferentes povos e também nos sistemas econômicos e políticos. Nessa perspectiva, a linguagem torna-se

2 Utilizo o termo Contemporâneo como sinônimo de Pós-moderno. Há uma série de termos para definir o momento atual em que vivemos. Hipermodernidade, Pós-modernidade, Modernidade Avançada são algumas denominações possíveis. Alfredo Veiga-Neto sugere a adoção do termo Contemporâneo visando minimizar a ideia de evolução, de que o momento atual seria melhor do que o antecessor, ideia que parece ser transmitida ao se utilizar as nomenclaturas com o termo “pós”. Algumas diferenças entre a Contemporaneidade e a Modernidade se dão na relação tempo/espaço, na ruptura das fronteiras, na constituição de corpos flexíveis às situações que são dispostas, na liquidez que se vive no período atual em detrimento da solidez moderna, além da lógica do empreendedorismo de si, característica do neoliberalismo (Nota de aula).

elemento que atravessa os sujeitos, partindo de relações de poder que não são únicas ou opressoras, mas que produzem efeitos nos modos como nos constituímos e conduzimos as questões relacionadas a saúde, a política, a doença, entre outras (HALL, 1997).

Meu material empírico constituiu-se de reportagens de revistas que abordavam a temática do final da vida. Foram recuperadas aquelas que discutiam a morte a partir de um processo, de um acompanhamento, que envolviam a terminalidade. Descartei as notícias relacionadas com acidentes, crimes e tragédias, tanto pelo elevado número de materiais que seriam encontrados, quanto por compreender que tal abordagem não converge com o objetivo do estudo.

Selecionei as reportagens em revistas por acreditar na variabilidade do público que tais artefatos conseguem atingir. As revistas nas quais capturei os discursos sobre o final da vida foram a *Veja*, da editora Abril e a *Época*, da editora Globo. Meu interesse nesses artefatos se deu por abrangerem um público considerável de leitores semanalmente, incitando-os a pensar e debater os assuntos a partir do exposto em suas páginas. Em relação ao número de sujeitos que entram em contato com tais revistas, podemos estimar em torno de 1,5 milhão (média de tiragem das duas revistas), se fizermos o cálculo partindo da perspectiva que cada exemplar é lido por uma pessoa. Entretanto, em geral, um exemplar circula não só por diversos ambientes, como também por mais de um leitor. Por exemplo, uma revista na sala de espera de consultório médico ou dentário terá uma apreciação muito ampla, ultrapassando a estimativa de leitura de um exemplar por pessoa, devido o fluxo naquele local. Assim, podemos estimar o quão potente são as revistas como local de circulação de verdades.

A revista *Veja* circula semanalmente, com uma tiragem em torno de um milhão de exemplares. Como o próprio nome sugere, a revista convoca seu público-alvo, brasileiros adultos para que vejam e leiam notícias que circulam na última semana, no Brasil e no mundo. Em suas páginas são abordados os mais diversos assuntos, sejam eles políticos, econômicos ou relacionados à tecnologia, sendo destacado que estiveram em voga no cenário nacional. Com circulação desde 1968, essa revista é considerada um dos artefatos de maior circulação no cenário brasileiro, interferindo nas decisões políticas do país. Conforme a editora responsável por sua tiragem, a revista é a grande responsável por reportagens investigativas e “esclarecedoras” dos diversos embates brasileiros, levando assim uma das possíveis verdades aos lares brasileiros de forma pontual e abrangente. Seu público-alvo são os adultos (VEJA, 2013).

De uma editora de grande porte e ligada a uma organização importante no cenário social e político do país (Organizações Globo), a revista *Época* possui ampla circulação, com tiragem média de 500 mil exemplares. Os assuntos abordados em suas páginas são variados, abrangendo temas como: esporte, política, economia, ciência, saúde e entretenimento. Com circulação semanal, a revista declara antecipar as tendências, indo além das simples reportagens, instigando debates e inovações, a partir de uma configuração “moderna” para pessoas modernas (ÉPOCA, 2013).

A recuperação dos discursos foi realizada nas bibliotecas virtuais das revistas e em edições impressas, no período de dezembro de 2012 e janeiro de 2013. No acervo digital da revista *Veja* (VEJA, 2013) é possível encontrar todos os exemplares desde sua criação. No acervo da revista *Época* (ÉPOCA, 2013) encontrei algumas dificuldades de acesso. Apesar da revista disponibilizar os textos, alguns não estavam na íntegra. Outra limitação é que nessa revista, alguns conteúdos são restritos a edição impressa e outros a edição *online*. Assim, em um primeiro momento me direcionei a Biblioteca Pública Municipal de Porto Alegre Josué Guimarães. Nesse local consegui ter acesso a um exemplar do ano de 2012, que continha uma das reportagens incluída no material desta análise. Nessa biblioteca foi possível o acesso às edições de 2011 e 2012. Em um segundo momento, consultei a Biblioteca da Faculdade de Economia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a qual disponibilizava os exemplares da Revista *Época* desde o ano de 2001. Nesse local, consegui capturar duas reportagens e identificar as limitações na consulta entre edições *online* e impressa. Num terceiro momento, entrei em contato com a jornalista Eliane Brum, que já foi editora e que é uma das principais autoras das reportagens sobre o final da vida que estão em meus materiais empíricos de análise. A jornalista esclareceu que algumas reportagens estavam incompletas no site e alguns textos divergiam da edição impressa. Dessa forma, para compor meu material empírico de pesquisa consultei as reportagens que estavam na íntegra em edições impressas ou em edições *online*, a partir dos anos 2000. Essa demarcação temporal se deu em função do movimento observado acerca das decisões sobre o término da vida e dos cuidados dispostos com os pacientes fora de possibilidade de cura. No Brasil, verifica-se nesse período: a implantação de serviços de Cuidados Paliativos, a elaboração de diretivas antecipadas de vontade do paciente (BRASIL..., 2012), a Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL..., 2005), a Política Nacional de Atenção Domiciliar (BRASIL..., 2013) e a Política Nacional de Humanização (BRASIL..., 2004). Considero tais eventos como superfícies de

emergência para as transformações no cenário de cuidado em relação à saúde daqueles com e sem perspectivas de cura.

Ao término do levantamento foram incluídas 10 reportagens, quatro da revista *Veja* e seis da revista *Época*. O período das publicações variou entre 2002 e 2012, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1- Material empírico da pesquisa

Ano	Revista	Reportagem	Páginas	Resgate
2002	Veja	Até onde prolongar a vida.	82-91	Acervo Digital
2005	Veja	Em busca de um final sereno	92-100	Acervo Digital
2008	Época	A mulher que alimentava	68-74	Online/Impressa
2008	Época	A enfermagem entre a vida e a morte	56-66	Online/Impressa
2010	Veja	A ética na vida e na morte	100-107	Acervo Digital
2010	Época	Testamento Vital	-	Online
2010	Época	O filho possível	-	Online
2012	Época	Ajuda-me a morrer	82-88	Online/Impressa
2012	Época	Você quer ser pessoa ou paciente?	-	Online
2012	Veja	O direito de escolher	98-106	Acervo Digital

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

Para me auxiliar na elaboração do mapeamento discursivo, em um primeiro momento inspirei-me em Ferreira; Traversini (2013) e Saraiva (2006). Os autores, em suas pesquisas, elaboraram quadros como forma de organização dos discursos, nos quais é possível resgatar os dados relativos a quem estava autorizado a falar, em que local, favorecendo as análises e a interação entre pesquisador e material empírico. No mapeamento discursivo da minha pesquisa, elaborei um quadro para cada reportagem, no qual transcrevi os trechos dos discursos que me chamaram atenção, conforme exemplo abaixo.

Tabela 2- Exemplo de mapeamento discursivo

Excerto	Quem fala	Procedimento de Limitação
A busca por maneiras mais humanas de enfrentar os momentos finais da vida	Veja	disciplina

Minha família é muito presente e a casa está sempre cheia. É isso que me dá forças para enfrentar a doença. Mas às vezes choramos juntos.	Maria Lima Spazzapan (paciente FPT)	Narrativa
Pacientes terminais já conseguem obter em casa tratamentos paliativos que tornam a fase final da vida menos traumática do que nas UTIs	Veja	disciplina
Segundo estatísticas, somente 10 % dos pacientes terminais se conformam com a própria situação e tomam providências adequadas para a fase final da vida.	Veja	Biopolítica/disciplina
A medicina dos grandes centros urbanos de fato é capaz de prolongar a vida de um doente terminal por semanas ou meses[...] Mesmo em casa, é possível manter um doente em estado vegetativo por anos a fio, com a ajuda de aparelhos intrusivos	Veja	disciplina
No dia a dia, tenta levar uma vida normal em casa ao lado do marido, dos filhos e dos netos. Não há contudo, como não pensar na doença e algumas vezes na própria morte.	Veja se referindo a Araci Rosa (PFT)	comentário

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

Em um segundo momento utilizei o *software* de organização e análise de dados qualitativos ATLAS. Ti 7 em sua versão *Free Trial*³, disponibilizada gratuitamente para avaliação (MUHR, 2013). Ressalto que utilizei o software apenas para a organização dos discursos, não o utilizei para a análise dos dados. Procurei através do *software* fazer aproximações entre aqueles discursos que estavam relacionados a um mesmo campo e objeto discursivo, para a partir de então construir minhas unidades analíticas. Destaco que ao aproximar os discursos, fui exercitando a capacidade de reconhecimento da emergência de um enunciado. Encontramos os enunciados nas lutas e relações entre os discursos, eles não estão isolados e muito menos estão a espreita para serem capturados, mas os apreendemos ou buscamos sua raridade, na leitura, releitura, escrita e nos “recortes” operados no material empírico (FOUCAULT, 2008b). A partir dessa bricolagem dos discursos, fui constituindo o *corpus* de análise da minha pesquisa, onde reuni os discursos nos quais percebi uma vontade de verdade; que no folhear das páginas pareciam convocar a serem manuseados, escavados,

3 O software ATLAS. ti trata-se de um programa para análise de dados qualitativos. Ele opera por meio da codificação de textos e imagens. O pesquisador pode criar “famílias” temáticas que, agrupadas em “unidades hermenêuticas”, formam as unidades de análise. Ao longo da codificação é possível inserir comentários e adicionar lembretes, como por exemplo, ir associando os possíveis autores e seus respectivos textos, que podem auxiliar na discussão dos dados. Para informações adicionais sobre o software ATLAS. Ti consultar: http://www.atlasti.com/uploads/media/QuickTour_a7_es_04.pdf

desmontados, relacionados e discutidos.

Figura 2- Organização dos discursos no programa Atlas. TI

The screenshot shows the Atlas.ti software interface. The main window displays a document titled "TESTAMENTO VITAL_ÉPOCA 2010". The document content is organized into a table with three columns: "Excerto", "Quem fala", and "Procedimentos de Limitação". The table contains five rows of text excerpts, each associated with a speaker and a specific code. To the right of the document, a sidebar displays a list of codes used for categorization, such as "# código de ética médica e mídia", "# definindo termos (cp, eutanásia, suicídio)", "# eu me governo", "# aproximação do leitor_narrativa de si", "# quem participa das decisões", and "# morte planejada".

Excerto	Quem fala	Procedimentos de Limitação
Nos dias 26 e 27 de agosto, o Conselho Federal de Medicina (CFM) realiza em São Paulo um evento que poderá ser um marco na humanização não só da saúde, mas da vida: médicos e juristas vão discutir a criação do testamento vital.	Época	
O documento expressa o desejo do paciente diante de uma doença sem possibilidade de cura. Enquanto está consciente, a pessoa determina, por escrito e com testemunhas, quais são os limites do seu tratamento. Tem assim, a possibilidade de encerrar sua vida com autonomia, respeito e dignidade.	Época	
Explico melhor, dando meu próprio exemplo. Tenho um pacto com meu irmão do meio. Quem sobreviver terá a responsabilidade de garantir o cumprimento da vontade do outro no encerramento de sua vida. Para nós, é muito importante morrer com dignidade, porque entendemos que morrer é o último ato da vida. E, portanto, viver.	Época/ Eliane Brum	Narrativa de si
Apesar da clareza da minha decisão, mesmo que eu escreva um documento, assine, arrole testemunhas e registre em cartório, não há hoje nenhuma garantia de que eu seja respeitada no meu desejo de morrer com dignidade (...). Basta que o médico decida que é dono da minha vida ou, pior, que sabe o que é melhor para mim. E, pronto, estou condenada à morte que nunca quis.	Eliane Brum/Época	Narrativa de si/ Rarefação
Para nos ajudar a compreender a importância do debate que se inicia publicamente no Brasil, entrevistei o cardiologista José Eduardo de Siqueira, 68 anos, doutor em medicina, professor de clínica médica e bioética da Universidade Estadual de Londrina e membro da comissão de unidades de reanimação do Conselho Federal	Época	Rarefação

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

Para circunscrever minhas análises apropriei-me de algumas noções propostas por Dominique Maingueneau. Assumo como objeto discursivo deste estudo a morte, que se encontra suspensa em um **campo discursivo**, ou seja, está sob “um conjunto de formações discursivas que se encontram em relação de concorrência, em sentido amplo, e se delimitam, pois, por uma posição enunciativa em uma dada região” (MAINGUENEAU, 1997, p. 116). A morte situa-se num campo de relações entre discursos jurídicos, da saúde, da medicina e da religião. Está em diálogo com os acontecimentos nesses campos, com as práticas discursivas e não-discursivas que conformam o modo como morremos no contemporâneo. Além do conceito de campo discursivo, utilizo as noções de universo discursivo e espaço discursivo. O **universo discursivo** engloba o conjunto de formações discursivas possíveis em torno de um objeto. O **espaço discursivo** seria um subconjunto de um campo discursivo, sob o qual nos

debruçamos para a compreensão de um discurso. Assim, o espaço discursivo por mim delimitado - aquilo que a mídia fala sobre a morte - situa-se no campo discursivo dos meios de comunicação, especialmente as revistas (FISCHER, 1996; MAINGUENEAU, 1997). Me apoio nessas conceituações para descrever os enunciados sobre a morte nos meios de comunicação.

Para o tratamento dos achados da pesquisa utilizei a análise de discurso ou análise enunciativa proposta por Michel Foucault, apoiada, principalmente, nos conceitos desenvolvidos nas obras *A arqueologia do saber* e *A ordem do discurso*. Para o autor, “analisar o discurso é fazer com que desapareçam e reapareçam as contradições; é mostrar o jogo que nele elas desempenham; é manifestar como ele pode exprimi-las, dar-lhes corpo, ou emprestar-lhes uma fugidia aparência” (FOUCAULT, 2008b, p. 171). Em minhas análises, propus olhar para as revistas enquanto monumentos. Monumentos carregados de discursividades que se apresentam como acontecimentos, materialidades que constituem a realidade que conhecemos. Assim, para realizar minhas análises inspirei-me, principalmente, nas noções de discurso e de governo (FOUCAULT, 2008b). Utilizei a noção de discurso como ferramenta metodológica de análise e a noção de governamentalidade como grade analítica, a qual consubstanciou e articulou as discussões realizadas.

A noção de discurso remete a um conjunto de enunciados que obedecem regras de funcionamento segundo um momento histórico, ou seja, que se constituem a partir de uma mesma formação discursiva, “é assim que podemos falar do discurso clínico, do discurso econômico, do discurso da história natural, do discurso psiquiátrico” (FOUCAULT, 2008b, p.122), e por que não, do discurso sobre a morte? As formações discursivas, condições necessárias para a existência do discurso, compõe o conjunto de saberes, poderes e das relações traçadas na história que possibilitam a constituição de um fato discursivo e de um enunciado. Podemos dizer que as formações discursivas se estabelecem a partir do jogo de semelhanças que permitem com que um objeto discursivo encontre aí, as leis de seu aparecimento, e que simultaneamente possam ser incluídos e excluídos elementos sem que o objeto tenha que se modificar (FOUCAULT, 2008b). Nessa trama, o objeto permanece, o que alteram são as relações que são dispostas conforme a episteme de uma época.

O discurso não é um local em que é possível adotarmos uma atitude exegética, onde a partir de então se encontraria uma verdade oculta, mas é um local de luta, de poder, um espaço vazio a espera de um sujeito que o ocupe e o ponha em funcionamento (FOUCAULT,

2008b). Discursos dependem de linhas de luz e enunciação para ganharem visibilidade e enunciabilidade, enquanto formas de expressão dos comportamentos de sujeitos (DELEUZE, 2005). Assim, o sujeito no discurso aparece como efeito da articulação entre práticas institucionalizadas e práticas discursivas que o posicionam, nomeiam, julgam, evocam e o hierarquizam em um grupo (SCHWENGBER, 2006).

Em relação aos enunciados, eles constituem os discursos. São aquilo que não está oculto, mas ao mesmo tempo não está visível de imediato. Está na superfície. É uma noção ampla que não se restringe a um ato de fala, uma proposição ou uma frase. O enunciado pode ser esse conjunto de signos, aquilo que dá a saber e o que escapa ao discurso cotidiano. É incomum, mas também está no comum. O enunciado seria essa função contida nos discursos, que se apoia em signos para ter condições de materialidade e produzir efeitos. Dessa forma, a análise de enunciados não pode ser uma interpretação, mas sim um descobrimento do necessário, das relações entre objetos e sujeitos que se dão em um período. Para examinarmos e operarmos com o enunciado, precisamos de um referencial, um sujeito, um campo associado e uma materialidade (FOUCAULT, 2008b). Em outras palavras, é preciso a delimitação de um período ou fato a ser analisado, no qual situamos as posições que os sujeitos são convocados a assumir. Um enunciado sempre estará em relação com outro e para que se atualize e se efetue, necessita de um documento, uma imagem, um mapa, enfim, de uma materialidade. Assim, na análise enunciativa é preciso

descrever enunciados, descrever a função enunciativa de que são portadores, analisar as condições nas quais se exerce essa função, percorrer os diferentes domínios que ela pressupõe e a maneira pela qual se articulam é tentar revelar o que se poderá individualizar como formação discursiva, ou, ainda, a mesma coisa, porém na direção inversa (FOUCAULT, 2008b, p. 131).

Nessa perspectiva, prima-se pela análise das contradições, dos embates, das lutas travadas entre os campos enunciativos, partindo de um *a priori* histórico. Histórico, no sentido que “reúne tudo o que, de fato ou de direito, cedo ou tarde, direta ou indiretamente, pode se dar ao olhar” (FOUCAULT, 2004a, p. 4). Não se pretende encontrar a lógica ou estabelecer regras de sucessão que solucionem paradoxos, ao contrário, “trata-se de demarcar, em uma prática discursiva determinada, o ponto em que elas se constituem, definir a forma que assumem, as relações que estabelecem entre si e o domínio que comandara” (FOUCAULT, 2008b, p. 175-6). Nesse sentido, me aproprio da história, sob um domínio arqueológico, para operar com a multiplicidade nos documentos/monumentos. Entendendo,

assim como (FOUCAULT, 2008b, p. 165), que designar um *a priori* seria

não a condição de validade para juízos, mas a condição de realidade para os enunciados. Não se trata de encontrar o que seria legítimo para uma asserção, mas isolar as condições de emergência dos enunciados, a lei de sua coexistência com outros, a forma específica de seu modo de ser, os princípios segundo os quais eles subsistem, transformam-se e desaparecem.

Além de assumir a história como fator indispensável para a análise de discurso, utilizo-me da noção de governo, que dá a dimensão não somente do governo em relação aos outros, mas também do sujeito consigo e com as instituições. Essa noção é trabalhada por Michel Foucault, no curso *Segurança, território e população* (2008), a partir das relações de poder, da política, dos jogos de verdade e das estratégias utilizadas para a condução dos sujeitos na vida em sociedade. Também é discutida nos cursos *O governo de si e dos outros* (2010) e *A coragem da verdade* (2011), onde o autor discute o governo de si a partir das práticas do sujeito consigo mesmo em uma perspectiva ética e estética, a partir dos jogos de verdade, da parresía, do cinismo e da ironia. Nesse curso, o autor nos indica como os sentidos e as práticas em torno da etimologia da palavra governo variaram da cultura greco-romana para a oriental mediterrânea. Na cultura greco-romana, temos uma concepção de governo ligada à cidade, ao coletivo, a uma estrutura mais ampla, que não estava diretamente relacionada ao controle da conduta dos sujeitos, mas sim, daquilo que pudesse ser feito para estabelecer a ordem nas cidades. Os deuses gregos não estavam junto ao povo guiando, mas sim em um lugar privilegiado, nos montes de onde eram tomadas as decisões. Na cultura oriental mediterrânea percebemos a noção de governo ligada ao indivíduo, governa-se os homens e não as cidades. Essa lógica de governo aproxima-se do pastorado, do modelo religioso hebraico, onde quem governa é um pastor (ou Deus) que está junto do povo, direcionando e orientando as práticas para a busca da salvação. Esse modelo inspira as artes de governar a partir dos séculos XV e XVI (FOUCAULT, 2008c). Ressalto que no decorrer do meu texto utilizo a palavra governo relacionada às práticas de governo que são dispostas para a condução dos sujeitos. Em seus cursos e livros, Foucault utiliza a expressão governo para apresentar essas práticas. O sentido atribuído a governo diferencia-se semanticamente da palavra Governo, escrita com grafia inicial maiúscula, a qual remete-se a uma estrutura de Estado. Neste estudo, no momento em que estiver me referindo ao governo dos sujeitos estarei remetendo-me aquilo que, no Brasil, Veiga- Neto denomina de governo.

Ao operar com a noção de governo, pretendi mostrar como estão relacionados os saberes que produzem regimes de verdade em torno da morte, como circulam e ganham força a partir dos locais e dos sujeitos que enunciam. Se produz a partir dessas relações, novas formas de agir e cuidar daqueles que estão morrendo, onde os sujeitos são chamados a conduzi-los, a governarem sua morte, confluindo com o enunciado da individualização⁴ que atravessa os modos de subjetivação contemporânea. Dessa forma, optei por utilizar a noção de governo com base no domínio “ser-poder” dos estudos foucaultianos. Articulei as políticas e programas governamentais que vem dispondo as práticas sobre as doenças crônicas e o final da vida, os aspectos jurídicos e as demais relações políticas que intervêm e direcionam as condutas dos sujeitos que são chamados a participar da sua morte.

Ao operar com a ferramenta do saber, me aproximo das noções propostas pelo “arquivista” Foucault (DELEUZE, 2005). Parto do princípio que esse saber não se configura em uma epistemologia ou um campo científico de conhecimento. Este saber está para o mundo e para a multiplicidade. São essas multiplicidades que produzem sentidos nos quais é preciso mergulhar para buscar o “algo mais” que situa, acomoda, posiciona e desacomoda sujeitos nas relações com o mundo (FISCHER, 2013). Nesse sentido, não é possível atribuir um caráter epistemológico para a arqueologia desenvolvida por Foucault, por dois motivos principais:

1) a arqueologia não confere nenhum privilégio à distinção (eminentemente epistemológica) entre “ciência” e “não-ciência”-seu ponto de investigação não é a ciência, e sim o saber; 2) por consequência, tampouco se trata de encontrar, na análise do conhecimento, seu progresso em direção à conquista da objetividade (YAZBEK, ANDRÉ CONSTANTINO, 2012)

A arqueologia estaria relacionada com uma “escavação” na busca pelas circunstâncias históricas ou as contingências que constituem uma forma de pensamento e relações de poder. Relações essas que também produzem saberes, normas, regras e positivities. Em outras palavras, significa dizer que a operação poder/saber funciona “como uma maquinaria, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social” (FOUCAULT, 2010, p. 14). Considerando que a noção metodológica de saber não é um método e “sim uma constante redefinição e mudanças no sistema de argumentação” (MACHADO, 1981, p. 57), utilizei-a para compreender como é

4 O enunciado da individualização é uma das funções que atravessam os discursos sobre o final da vida nas revistas que analisei. Esse enunciado convoca os sujeitos a decidirem sobre o seu fim, participando ativamente das decisões, pondo em funcionamento as estratégias do Estado para favorecer e otimizar o governo dos corpos daqueles que morrerão. No capítulo 4 esse enunciado encontra-se descrito e em relação com os demais que acredito ter isolado neste trabalho.

possível pensarmos sobre a morte. E como é possível esse acontecimento constituir sistemas de crenças, de pensamento, modos de ser e de agir a partir dos regimes de verdades que circulam (THIRY-CHERQUES, 2010).

Nesse sentido, minhas análises não pretendem a comprovação de proposições e assertivas. Busquei as posições às quais os sujeitos são interpelados a ocupar, a partir da ordem discursiva proposta pelos artefatos midiáticos e de determinadas condições de enunciação daquilo que é possível para constituir sujeitos que se governam frente à morte.

3 SOBRE OS DITOS & ESCRITOS

As origens raramente são belas, porque os pensamentos não ascendem a um sujeito fundador da verdade ou a uma cumplicidade primeira com a fresca realidade do mundo: devem-se a acontecimentos do acaso - daí o princípio da singularidade da história do pensamento (VEYNE, 2008, p. 11).

Neste capítulo, apresento alguns movimentos históricos sobre a morte, a mídia e o discurso. Em um primeiro momento aponto algumas transições ocorridas em torno dos rituais do fim e as mudanças no governo sobre os corpos dos que partem. Destaco a apropriação dos eventos ligados a vida e a morte pela igreja, que se utilizou do poder pastoral para conduzir os sujeitos. Apresento a transição entre a Idade Média até a consolidação dos Estados-Nação europeus e a ascensão da racionalidade moderna, onde o poder do soberano detinha o direito de fazer morrer e deixar viver. Os investimentos da disciplina e da biopolítica aparecem como formas de proteção a vida e operacionalização do modelo liberal. Aponto ainda, a morte e seus aspectos a partir do nascimento do hospital, o período de guerras e o panorama atual de como morremos, que caracteriza as mudanças ocorridas no século XX.

No segundo momento trago alguns aspectos da mídia e sua atuação enquanto pedagogia que nos molda, ensina e orienta sobre diferentes aspectos da vida. Procuo demonstrar como a mídia se tornou uma aliada ao modelo (neo)liberal, favorecendo a governamentalidade dos sujeitos. Para tal, destaco o papel da guerra para a consolidação dos meios de comunicação, especialmente pela circulação das imagens e a aproximação do sofrimento à vida cotidiana. Apresento trabalhos realizados nas últimas décadas que utilizaram os artefatos da mídia para a compreensão sobre a constituição do modo como vivemos. Por fim, trago algumas conceituações em torno do discurso, do poder e da biopolítica na perspectiva foucaultiana, articulando a trama operacionalizada nas análises.

3.1 Direito de morte e poder sobre a vida: elementos para uma história dos corpos

Para que alguma coisa delas chegue até nós, foi preciso, no entanto, que um feixe de luz, ao menos por um instante, viesse iluminá-las. Luz que vem de outro lugar[...]. O poder que espreita essas vidas, que as perseguiu, que prestou atenção, ainda que por

um instante, em suas queixas e em seu pequeno tumulto, e que as marcou com suas garras, foi ele que suscitou as poucas palavras que disso nos restam (FOUCAULT, 2003, p. 204).

A partir das palavras de Foucault tento traçar uma discussão histórica sobre a morte. Não pretendo buscar as origens sobre um jeito certo de morrer e em qual momento tal processo foi melhor experimentado. Entendo ser necessário articular o conjunto das contingências que possibilitaram determinados modos de agir e enfrentar esse acontecimento na cultura ocidental. Aprender as condições que dão legitimidade a comportamentos e práticas, torna-se relevante para discutirmos a morte no contemporâneo e suas implicações na constituição dos sujeitos. Ao buscar a historicidade desse acontecimento pretendo partilhar o que outros autores já apresentaram sobre o tema, ressaltando os deslocamentos que modificaram a relação entre corpo, morte e sujeitos.

Conhecer a experiência sobre a morte em uma sociedade nos remete a pensar no lugar que os corpos ocupam e como são atravessados por normas, valores e desejos. Utilizo a palavra experiência nesse texto, carregando-a dos sentidos que Larrosa atribui, ou seja, experiência como aquilo que nos passa e nos toca, onde “o sujeito da experiência seria como um território de passagem, algo como uma superfície sensível, que aquilo que acontece afeta de algum modo, produz afetos, inscreve algumas marcas, deixa alguns vestígios, alguns efeitos” (LARROSA, 2002, p. 24). O corpo abriga a experiência, e pode ser considerado a “origem” dos acontecimentos, dá significado as eventualidades como o nascimento, o falecimento, os erros, os acertos, a partir de lutas travadas entre um campo de si e um campo exterior, que permite a constante atualização do corpo enquanto produtor de materialidades e realidade de uma época (FOUCAULT, 2010).

Se observamos a cultura egípcia e os rituais em torno da morte encontraremos práticas que giravam em torno do corpo morto. Apesar da crença na transcendência, não se pensava que havia separação entre corpo e alma, visualizada principalmente nos rituais de passagem, os quais atribuíam ao corpo um papel fundamental para o julgamento da vida após a morte. Nos rituais fúnebres os corpos eram cuidadosamente manuseados, especialmente o coração, considerado o órgão que abrigava os sentimentos bons e ruins desenvolvidos na vida terrena. Tais cuidados eram fundamentais pois, acreditava-se que o corpo bem “conservado” naquele momento serviria de abrigo para os espíritos que o habitassem posteriormente (INCONTRI; SANTOS, 2007).

Na cultura judaica o corpo dos que morrem passa por rituais que vão desde a lavagem

para sua purificação (Tahará) até o soterramento direto na terra, como forma de representar a vinda e o retorno do/ao pó. Na cultura cristã, além das intervenções nos corpos dos sujeitos que morrem, como o ato de velar, há também a inscrição de rituais nos corpos dos sujeitos que ficam e experienciam a perda de um ente, dentre eles podemos destacar: o luto e o hábito de vestir-se de preto, evitar excessos de manifestações públicas, entre outros, instaurados no período final da Idade Média (ARIES, 2000; INCONTRI; SANTOS, 2007). Trago esses comportamentos para demonstrar o quanto o corpo caracteriza-se como o local de inscrição dos acontecimentos. Nas mais diferentes culturas, ele é marcado pela linguagem e por ideias que pulverizam e atualizam as práticas culturais que constituem as discursividades e sujeitos de uma época (FOUCAULT, 2010).

Observo que a morte oscila entre algo que é aceito e inevitável e aquilo do qual é necessário afastar-se. Na cultura grega, tem-se um dos primeiros relatos sobre a aversão à morte e a busca pela imortalidade, com o mito de Gilgamesh⁵. Na cultura greco-romana, apesar das crenças na fusão entre vida terrena e celestial, havia receio da morte como um evento natural. Possivelmente, pelo convívio que os sujeitos passaram a ter com esse acontecimento, nas guerras travadas entre o final da Idade Clássica e o início da Idade Média⁶,

⁵ Gilgamesh era o protetor da cidade de Uruk, na qual construiu uma magnífica muralha para protegê-la dos invasores. Porém, era um líder de personalidade arrogante e tirânica, que recrutava violentamente os jovens para o serviço militar e violava as virgens. Na tentativa de aplacar Gilgamesh, os deuses criam Enkidu, um homem selvagem que torna-se inseparável amigo de Gilgamesh. Juntos os dois passam por várias aventuras como a viagem à Floresta dos Cedros, onde combatem e vencem o monstro Humbaba. Após retornar a Uruk com a madeira da floresta e a cabeça do monstro, a deusa do amor Ishtar tenta seduzir Gilgamesh. Este recusa-se, e Ishtar como vingança convence Anu - o deus sumério supremo - a enviar o Touro Celestial, que causa grande devastação. Gilgamesh e Enkidu matam o touro. Enkidu é marcado pelos deuses para morrer, e adoece gravemente. Após a morte de Enkidu, Gilgamesh desespera-se ao tomar consciência de sua condição de mortal. Lança-se então numa busca pela imortalidade. Nesta busca o herói encontra Utnapishtim, sobrevivente de um grande dilúvio que acabou com toda a humanidade. Esta parte da história, com grande semelhança ao dilúvio narrado na Bíblia. Utnapishtim conta a Gilgamesh sobre uma planta que cresce sob o mar e que confere a imortalidade; com grande dificuldade o herói a consegue obter mas, num momento de descuido, a planta é roubada por uma serpente. Gilgamesh retorna a Uruk, encontrando as grandes muralhas construídas por ele, que seriam sua grande obra duradoura, dando-se conta que a imortalidade é algo incapaz de ser alcançada. (ARMSTRONG, 2005).

⁶ A Idade Média compreende um período que vai aproximadamente do século V ao XV. Para termos históricos e didáticos costuma-se observar esse período em três momentos que retratam as modificações ocorridas dentro da organização social. A alta Idade Média (meados do século VIII ao fim do X) é marcada pelo governo de Carlos Magno e suas implicações na estrutural social. A igreja ascende e são travadas lutas para expansões territoriais em países tidos como pagãos. Os papéis econômico e político entre e igreja e estado se aliam e predominam. Na Idade Média Central (séculos XI-XIII) conformaliza-se o feudalismo. É o período das Cruzadas, a partir das quais foi possível expandir territórios, revigorar a economia ocidental, graças a procura de mercadorias e de mão de obra. Socialmente estratificada, agrária, e culturalmente dominada pela igreja, a Europa viu o feudalismo transitar do feudalismo clérigo para o feudalismo burguês, em virtude da abertura ao mercantilismo, a emergência das primeiras universidades, a ciência empírica e as primeiras monarquias nacionais. Por fim, a Baixa idade Média (século XIV até meados do século XVI) consolidou a ruptura com o modelo religioso, tendo em vista a criação dos Estados-nação e a expansão econômica e científica; Cenários que favoreceram o nascimento da Modernidade (JÚNIOR, 2001).

a noção da perda, tanto da própria vida como do outro, passou a ser encarado como algo “natural” (INCONTRI; SANTOS, 2007).

Os deslocamentos ocorridos nesse período possibilitaram um melhor convívio do homem com a morte. O Cristianismo desponta como um local de poder para os discursos em torno da vida. No período entre a grande e a baixa Idade Média reconhece-se a apropriação da morte pela religião, visível a partir das aglomerações dos carneiros⁷ e a construção dos primeiros cemitérios em torno das igrejas, a instituição de rituais como o luto, bem como as preparações, ainda em vida, para uma boa ressurreição (ARIES, 2000; RODRIGUES, 2006). Os discursos religiosos visavam facilitar o governo e a conduta dos sujeitos favorecendo o controle dos comportamentos e hábitos.

O exercício do poder pastoral foi possível a partir de uma forma característica de conhecer os sujeitos, a confissão. Essa técnica teve suas primeiras abordagens no contexto religioso, na qual o religioso precisava conhecer as pessoas, a partir do que elas relatavam, para assim exercer domínio e conduzir as condutas tanto em família quanto em sociedade (FOUCAULT, 2008c). Essa conjuntura possibilitou o exercício de um poder individual e ao mesmo tempo coletivo, conhecido como poder pastoral, onde “o papel do pastor é assegurar a salvação do rebanho, tanto no conjunto, quanto no detalhe” (LOCKMANN, 2010, p. 46). Dessa forma, o pastor tem por função primordial a constituição dos sujeitos e da morte, oferecendo os caminhos possíveis para a salvação. Assim, atentava-se para as condutas buscando garantir o lugar no céu ou o enterro junto aos religiosos nas capelas medievais (ARIES, 2000).

Possivelmente o poder pastoral aliado a estrutura social, econômica e cultural desse período tenham configurado uma morte aparentemente serena e domesticada como apresenta o historiador Philippe Ariès. Ao analisar esse momento histórico, não se pode perder de vista a forma como as famílias eram organizadas. Um ambiente impregnado pelo feudalismo, economicamente rural, na qual as formas de cuidado com os doentes e moribundos restringiam-se ao domicílio. Nesse momento era possível pensar e praticar uma morte no lar, junto dos familiares, vizinhos e amigos, pois este era o local do nascimento, dos festejos, dos

⁷ Carneiros ou ossários, no francês contemporâneo, foram a denominação para o local onde se abrigavam os restos mortais dos sujeitos que morriam. Até a Idade Média é comum a cena dos corpos espalhados pela cidade, especialmente os vestígios de crânios e outras estruturas ósseas. Segundo Ariès (2000) a palavra carneiro (*carnarium*) designa o lugar bento onde os corpos repousam. O nome para designar o local que abrigar os mortos modificou-se com os anos, sendo chamado de sepulcro, túmulo, monumento. Nesse sentido, Ariès (2000, p.70) nos diz que: “A palavra carneiro conservou o sentido geral de cemitério, mas no final da Idade Média designa, além disso, uma parte desse cemitério, local tão específico que foi tomado pelo todo: o ossário, mas também as galerias onde os ossos eram ao mesmo tempo colocados e expostos”.

batizados, do casamento e da morte (INCONTRI; SANTOS, 2007; RODRIGUES, 2006). Assim,

A atitude antiga em que a morte é ao mesmo tempo próxima, familiar e diminuída, insensibilizada, opõe-se demasiado à nossa onde faz tanto medo que já não ousamos pronunciar seu nome. É por isso que, quando chamamos a esta morte familiar a morte domada não entendemos por isso que antigamente era selvagem e que foi em seguida domesticada. Queremos dizer, pelo contrário, que hoje se tornou selvagem quando outrora não o era (ARIES, 2000, p. 40).

Essa oposição entre a morte no período medieval e no contemporâneo apresentadas por Àries, por vezes cai na dualidade entre o quão melhor era morrer em determinado momento histórico em detrimento de outro. Ressalta-se a consolidação da visão romântica da morte, permeada pelo amor da família, a solidariedade e a naturalidade dos processos vitais, características do período (ELIAS, 2001). Esse cenário se faz possível, especialmente na Baixa Idade Média, quando se passa a investir na vida e na sua produtividade, corroborando com a transição entre o feudalismo e o mercantilismo. A estruturação da família e a criação de dispositivos como o da maternidade despontaram para atender a urgência de potencialização das sociedades europeias (MARCELLO, 2003).

A Idade Média foi também um período instável, permeado de conflitos, guerras, misérias e de epidemias que dizimaram milhares de pessoas possivelmente pela precária situação da maioria da população, que tinha estimativa de vida em torno dos 30 ou 40 anos. Esse cenário aproximava os sujeitos das cenas de morte e sofrimento, gerando por um lado uma naturalização do evento e por outro causando medo e repugnância (ELIAS, 2001). O medo da morte, o qual (ARIES, 2000) defende ser menor durante esse período, também pode ser questionado ao analisarmos as imagens e o imaginário que o cristianismo configurou em torno do fim, simbolizado principalmente pelo céu, o purgatório e o inferno. Nas igrejas medievais circulavam quadros que sugestionavam o que as pessoas encontrariam após a sua morte. Alguns mostravam anjos carregando as almas salvas para o céu e os condenados levados por demônios para o inferno, referindo uma morte pacífica e sem receios quanto ao sofrimento e a finitude (ELIAS, 2001).

Do período Medieval até a conformação dos Estados-nação europeus (transição entre os séculos XV e XVIII) efetiva-se a preponderância do poder que age sobre a vida e a morte, inicialmente com o poder pastoral exercido pela tecnologia da confissão e da condução para a salvação. Com o enfraquecimento do cristianismo e a ascensão das monarquias, o soberano passa a exercer o poder de morte sobre os sujeitos. É ele quem define as leis, as penalidades,

orienta os comportamentos, julga e determina a aplicação das penas (FOUCAULT, 2011). Na introdução de *Vigiar e Punir*, uma das principais obras de Michel Foucault, o autor narra o suplício realizado com os corpos dos condenados e o espetáculo que girava em torno da morte, a fim de demonstrar o poder do rei.

Finalmente foi esquartejado [relata a Gazette d'Amsterdam]. Essa última operação foi muito longa, porque os cavalos utilizados não estavam afeitos a tração; de modo que, em vez de quatro, foi preciso colocar seis; e como isso não bastasse, foi necessário, para desmembrar as coxas do infeliz, cortar-lhe os nervos e retalhar-lhe as juntas(...). Afirma-se que, embora ele sempre tivesse sido um grande praguejador, nenhuma blasfêmia lhe escapou dos lábios; apenas as dores excessivas faziam-no dar gritos horríveis, e muitas vezes repetia: "Meu Deus, tende piedade de mim; Jesus, socorrei-me". Os espectadores ficaram todos edificadas com a solicitude do cura de Saint-Paul que, a despeito de sua idade avançada, não perdia nenhum momento para consolar o paciente (FOUCAULT, 2011, p. 9).

O exercício desse poder se dá no plano individual, através da vigilância e da punição marcada nos corpos. “Um suicida era jogado fora do cemitério; um traidor poderia ser esquartejado e jogado aos cães ou, ainda, ser queimado; um supliciado era queimado, deixado a apodrecer ou simplesmente coberto de blocos de pedra” (RODRIGUES, 2006, p. 104). Era necessário o castigo e a morte para governar a população e manter sob o controle do monarca os desvios e as correções.

O poder soberano caracteriza-se assim, pela neutralidade do súdito em relação a sua vida e a sua morte, e a decisão a esse respeito torna-se um efeito da vontade do soberano. “O efeito do poder soberano sobre a vida só se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar” (FOUCAULT, 1999, p. 286), marcar o corpo e travar uma luta por meio da espada, o “direito de soberania é, portanto, o de fazer morrer ou de deixar viver” (FOUCAULT, 1999, p. 287). O investimento sobre os corpos e a predominância da morte como forma de punição, de justiça e correção, aos poucos foi transitando e se mostrando como forma menos eficiente de governo frente aos desejos de estruturação da sociedade burguesa, em plena ascensão econômica que, com o advento do capitalismo entre os séculos XVIII e XIX buscava expansão e solidificação. Além disso, a peste, a varíola, as guerras e as doenças infectocontagiosas dizimavam a Europa. Era necessário investir em melhores condições de vida para produzir o aceleramento do processo de urbanização e industrialização (LOCKMANN, 2010).

Concomitante às mudanças políticas e às novas formas de governo, a ciência desponta como uma instituição promissora e aliada ao processo de potencialização da vida.

Diferentemente do modelo de exclusão utilizado para o tratamento dos leprosos, que provocava o isolamento e a morte social antecipada dos sujeitos, observa-se que é potente investir na recuperação dos doentes e assim buscar a reinserção dos mesmos nos campos de trabalho, no núcleo familiar e no convívio social (FOUCAULT, 2008c). No caso da peste, investe-se no corpo por meio da disciplina, das regras de higienização que passam a ser prescritas pelos sanitaristas e médicos que visavam manter as cidades assépticas. Fecha-se o cerco às doenças infecciosas por meio de “técnicas de racionalização e de economia estrita, de um poder que devia se exercer, de maneira menos onerosa possível, mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escrituras, de relatório: toda essa tecnologia, que podemos chamar de tecnologias disciplinares do trabalho” (FOUCAULT, 1999, p. 288).

O cerco à morte e o investimento na vida passam a ser indispensáveis no planejamento das cidades. Já no final do século XVIII uma nova forma de governo desponta: o corpo supliciado desaparece. Os espetáculos em torno da morte já não são mais vistos, o esquartejamento, o isolamento, a exposição do corpo vivo ou morto, bem como sua vigilância constante saem de cena. Agora, o corpo desaparece como alvo principal tanto da repressão penal como dos investimentos para recuperação da saúde (FOUCAULT, 2011).

Já não fazia mais sentido tirar a vida de um corpo, apelando para uma crueldade explícita, amplificada pelo espetáculo bizarro que encenava esse tipo de punição em praça pública. Ao contrário, o corpo do condenado, doravante, seria utilizado como instrumento e/ou intermediário de novas modalidades de punição, as quais passavam pelo enclausuramento, pelo trabalho forçado, pela privação da liberdade, e por uma série de outras obrigações e interdições (GADELHA, 2009, p. 33).

Como forma de racionalizar o governo dos sujeitos, ascende uma tecnologia de poder que não exclui a disciplina, mas que se utiliza e está nela; que ao invés de focar-se no corpo do indivíduo, parte da observação e do diálogo para conduzir sem precisar punir. É como governar uma cabeça com vários corpos, onde cada um é o pastor de si, otimizando as práticas de governo com a mínima intervenção possível, surgindo nesse período aquilo que Foucault caracteriza como uma anátomo-política da espécie humana: a biopolítica (FOUCAULT, 1999).

Um exemplo da atuação no coletivo e apropriação da Biopolítica foram as estratégias articuladas contra a varíola. A doença, de rápida contaminação, exigiu o entrosamento de diferentes campos de saber, como a estatística, a biologia e a medicina, visando o controle e o desenvolvimento da vacina (LOCKMANN, 2010). A partir de então, investe-se na vida partindo de um conjunto de saberes que não se dirigem a aglomerados de corpos, mas a uma

massa, uma população afetada por processos que são próprios da vida, como por exemplo, o nascimento e a morte (FOUCAULT, 1999; 2008a).

No século XVIII temos a emergência de dois fatores para a consolidação das novas formas de morrer e de enfrentar a morte: o conhecimento científico e a hospitalização. A ciência fixou, a partir do Iluminismo, seu poder como instituição que tem o primado sobre a verdade. Se até então tinha sido suprimida pelos discursos religiosos, agora desponta como o local de poder e conhecimento. Conhecimento que passou a ser utilizado para o controle das populações, seja por meio de experiências exitosas, ou por meios nem tão éticos, como aqueles desenvolvidos durante as guerras. De fato, a configuração social baseada em uma governamentalidade liberal e na razão precisava firmar-se e, de vez, soterrar os resquícios religiosos que pudessem interferir na emergência do homem.

O século XVIII, antiaristocrático e anticlerical, acentuou o menosprezo à Idade Média, vista como momento áureo da nobreza e do clero. A filosofia da época, chamada de iluminista por se guiar pela luz da Razão, censurava sobretudo a forte religiosidade medieval, o pouco apego da Idade Média a um estrito racionalismo e o peso político de que a Igreja então desfrutara (FRANCO JÚNIOR, 2001, p. 31).

Assim, juntamente com o processo de industrialização e da revolução tecnocientífica ocorreram modificações no tratamento das doenças, o desenvolvimento de novas medicações, o investimento na higienização das cidades e o aprimoramento de técnicas cirúrgicas e clínicas. Sob essas condições é possível apreender “como o conjunto composto por medicina e higiene, vai ser no século XIX um elemento, não o mais importante, mas aquele cuja importância será considerável dado o vínculo que estabelece entre as influências científicas e os processos biológicos e orgânicos” (FOUCAULT, 1999, p. 301). O berço dessas novas tecnologias? o hospital.

Até meados do século XVIII, o hospital era considerado o local que abrigava os moribundos. Dirigiam-se para esse local os sujeitos que estavam agonizando, vítimas de guerras e que precisavam de cuidados (FOUCAULT, 2004a). Havia um conjunto de sujeitos, majoritariamente religiosos, que se ocupavam da tarefa de cuidar dos feridos e dos doentes. Com as novas tecnologias oriundas da Revolução industrial, os impactos no cuidado aos doentes, especialmente pela Guerra da Crimeia, o hospital passa a receber investimentos e intervenção não só do campo científico, mas também é apropriado pelo saber médico que utiliza esse espaço para explorar e exercer seu poder sobre os processos vitais, como a morte (KRUSE, 2003).

Se antes os moribundos recebiam no hospital apenas cuidados para alívio e conforto, devido às limitações da época, a partir de então serão alvo da intervenção das diversas tecnologias que tomam este local. Nesse sentido, muda-se o foco da atenção do cuidado para a luta permanente a favor da vida. O nascimento que era um evento realizado no lar muda-se para o hospital, o tratamento dos doentes ocorre preferencialmente ali. A morte continua a ocorrer neste local, só que diferentemente de antes, aos poucos os cateteres, sondas e demais mecanismos de suporte à vida começam a prolongar os dias finais do moribundo. “É no meio desta cena que o médico leigo começa a se apropriar da morte” (RODRIGUES, 2006, p. 139), tornando o hospital aquilo que Foucault denominou instituição de sequestro. Por meio da disciplina e da ação sobre os corpos, capturam-se os sujeitos para o hospital. No momento em que estão na instituição, uma série de normas e regras passam a orientar os comportamentos e hábitos a fim de manter a ordem e favorecer o trabalho da medicina sobre a vida e a morte (FOUCAULT, 2004a). O hospital se utiliza e é utilizado pelas disciplinas, tornando-se, “graças a elas, aparelho que qualquer mecanismo de objetivação pode valer nele como instrumento de sujeição, e qualquer crescimento de poder dá nele lugar a conhecimentos possíveis” (FOUCAULT, 2011, p. 211).

Sob essa trama situamos a medicalização e a docilização dos corpos que favorecerá a formação da medicina clínica e seu apogeu aliado ao discurso científico (FOUCAULT, 2004a). Foi possível desmistificar muitas das crenças em torno da morte que explicavam as doenças como castigos ou punições pelos pecados cometidos, bem como afastar da religião o domínio sobre a morte. Essas exortações favoreceram a constituição da morte laica, percebida pela substituição dos religiosos (padres, freiras, pastores) pelos médicos a beira dos leitos nos hospitais. O médico se apropria da morte, não só porque se viu obrigado a prolongar a vida dos doentes, como também, frente ao cenário que se estabelecia, viu tornar-se penoso e desagradável falar sobre a morte. Por sinal, os médicos incumbiram-se (e posteriormente a enfermagem emerge para dividir essas tarefas) de controlar o fluxo de pessoas, os procedimentos que serão efetuados, a nutrição, a utilização de medicação, o banho e o repouso e a organização hospitalar (RODRIGUES, 2006). Dessa forma, o hospital deixa de ser apenas uma instituição asilar para os que morrem e passa a atuar como um operador terapêutico (FOUCAULT, 2011).

Procurou olhar para esses acontecimentos compreendendo-os como algo que foi possível ser pensado naquele momento histórico, a partir das verdades daquela época, de suas

aleturgias⁸ (FOUCAULT, 2009b). Penso que ocorre nesse momento a configuração não só do saber médico, mas concordo com Kruse (2003), quando afirma que também a enfermagem começa a estruturar-se enquanto profissão a partir da disciplina; enfermeiras soldados, fabricadas pelo hospital. Emerge um conjunto de disciplinas para ordenar não somente o corpo dos doentes mas também daqueles que eram seus cuidadores.

Nesse novo cenário, o doente passa a morrer distante da família, sob os cuidados de médicos e enfermeiras que tomam o seu corpo como local de aplicação das regras do hospital, visando a organização e a higienização social. Mantêm-se sujeitos cativos nos hospitais, quando corpos inválidos (doentes ou não) tornam-se passíveis de educação: improdutivo era os mantê-los pelas ruas e nos lares, atrelando-se corpo enfermo e pobreza (AUDOIN-ROUZEAU, 2008). Os corpos doentes passam a ser potencialmente educáveis, visto o investimento que é necessário fazer sobre eles, no que se refere a educação e trabalho para manter as cidades produtivas e funcionais. Dessa forma, o hospital atua disciplinarmente sobre esses corpos favorecendo a operacionalização da biopolítica (FOUCAULT, 2011; KRUSE et al., 2007; AUDOIN-ROUZEAU, 2008).

No início do século XX, os hospitais, apesar de todo investimento em tecnologias, encontravam-se abarrotados de doentes. Com a explosão da Primeira e da Segunda Guerra Mundial a superlotação se agrava em função do elevado número de mortos. As guerras trouxeram consigo inegáveis modificações tanto pela produção de conhecimento pela ciência, como pela constituição dos direitos e novas legislações que buscavam proteger a vida a partir do impacto das atrocidades oriundas delas.

A morte nesse período foi tomada como uma solução extremista pelos regimes totalitários em favor da limpeza e pureza étnica, bem como por uma possibilidade de desenvolvimento da ciência, por meio de experimentos com os corpos dos sujeitos. Nesse sentido, vale lembrar que a experiência da guerra é sobretudo uma experiência do corpo. Do corpo dos que ficam, com cicatrizes físicas e emocionais, e do corpo dos que morrem e podem levar consigo o efeito das guerras: a destruição, a violência, a separação e o sofrimento (AUDOIN-ROUZEAU, 2008).

As mortes provocadas pelas guerras surgem inicialmente com indiferença em relação aos corpos dos que partiam. O elevado número de mortos e o pouco espaço e tempo para

⁸ As manifestações de verdade pelas quais os sujeitos expressam suas posições e oposições são o que Foucault denominou de *aleturgias*. Dessa forma, “tudo aquilo que se chama de conhecimento, quer dizer, a produção da verdade na consciência dos indivíduos pelos procedimentos lógicos e experimentais, não é, depois de tudo, mais que uma das formas possíveis de aleturgia” (FOUCAULT, 2009b, p. 10).

preparar os rituais de despedida, repercutiram nas formas de governar o fim da vida. Um aspecto interessante é que durante a guerra instruíam-se as crianças a ficarem longe dos corpos mortos. Paradoxalmente, a essas crianças era dado o direito de assistirem filmes de guerra e destruição, dá mesma forma que eram presenteadas com armas de brinquedo em miniaturas (RODRIGUES, 2006). Tal fato demonstra o quão inútil pode ser tentar afastar os sujeitos das situações de morte, especialmente quando imagens passam a circular e aproximar os sujeitos do fim da vida e da realidade que a guerra provoca. As imagens convocam, demonstram e comprovam o quanto “a guerra dilacera, despedaça. A guerra esfrangalha, eviscera. A guerra calcina. A guerra esquarteja. A guerra devasta” (SONTAG, 2003, p. 13).

A ciência caminha ao lado da guerra, impactando nas formas de destruição em massa, quando corrobora com o desenvolvimento de tecnologias bélicas, ou mesmo beneficiando-se das vítimas e da situação de vulnerabilidade que o cenário de conflito provoca. O uso dos resultados de pesquisas de áreas do conhecimento como a física, a química e a biologia, provocou a morte de milhares de pessoas com a utilização destruidora de tais meios. No caso da guerra do Vietnã, também ocorreram alterações no sistema de produção de alimentos em função dos pesticidas e herbicidas lançados contra aquele país. Além disso, as vítimas sobreviventes dessas guerras, carregaram consigo a herança das batalhas. Muitos foram e são os acometimentos por câncer e outras doenças crônicas, em detrimento dos experimentos desenvolvidos durante esses períodos (RODRIGUES, 2006). Por outro lado, a guerra auxiliou a produzir instrumentos para a manutenção da vida. No que se refere ao desenvolvimento da indústria farmacêutica pode-se citar a descoberta dos antibióticos, quimioterápicos e outras medicações que possibilitaram a modificação do curso de algumas doenças. Esse cenário aliado às reformas sanitárias ocorridas em alguns países, como o Brasil, nas décadas seguintes, impactou nos modos de vida, especialmente pelo controle das doenças infectocontagiosas. Em termos econômicos, as indústrias tecnológicas, químicas e nucleares expandiram. Na saúde, os primeiros ventiladores e monitores de sinais vitais são desenvolvidos. A mídia se destacou na cobertura das guerras, aproximando os sujeitos da dor, do pudor, do cenário bélico e fúnebre espalhado pelo mundo.

Agora, guerras são também imagens e sons na sala de estar. As informações sobre o que se passa longe de casa, chamadas de “notícias”, sublinham conflito e violência- “Se tem sangue, vira manchete”, reza o antigo lema dos jornais populares e dos plantões jornalísticos de chamadas rápidas na tevê- aos quais se reage com compaixão, ou indignação, ou excitação, ou aprovação, à medida que cada desgraça se apresenta (SONTAG, 2003, p. 20).

Por volta de 1949, com as convenções internacionais que trouxeram ao cenário político e social a noção de direitos humanos, tentou-se identificar os sujeitos, especialmente os soldados mortos nos combates, a fim de lhes prestar homenagens e manter acesas suas memórias (AUDOIN-ROUZEAU, 2008). A invenção dos direitos humanos após a Segunda Guerra Mundial, bem como os eventos que acima descrevi, evidenciaram um novo paradigma em torno do processo de morrer, os Cuidados Paliativos⁹. Essa filosofia de cuidados se fortaleceu a partir do movimento *hospice*, tendo como sujeito fundante a enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders. Esse movimento buscava implementar uma filosofia de cuidados junto aos pacientes com doenças fora de possibilidade de cura, especialmente os oncológicos. Os *hospices* constituíram-se inicialmente na Inglaterra, difundindo-se na França e posteriormente nos Estados Unidos (KRUSE et al., 2007). Nesse último país a morte despontou como um elemento de observação e intervenção da ciência, especialmente na área médica após os estudos observacionais da psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross que ordenou e sistematizou e inventou as cinco fases pelas quais se passa antes da morte: a negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação (KUBLER-ROSS, 2008). Visualiza-se uma tentativa de apreender esse processo e torná-lo um objeto passível da experimentação médica.

Na atualidade, as promessas de prolongamento da vida, a existência de “fórmulas da juventude” apresentadas diariamente, principalmente pela indústria de cosméticos e da área da cirurgia plástica e estética, não tem possibilitado um modo que nos ensine a ver esse momento com naturalidade, como algo inevitável, que faz parte da existência humana (OLIVEIRA, 2001). Foucault nos fala que pensar na morte torna possível dar sentido e compreender o significado da vida.

Portanto, o pensamento sobre a morte é que permite a retrospectção e a memorização valorativa da vida. Também aqui, como vemos, a morte não é o pensamento sobre o porvir. O exercício, o pensamento sobre a morte é tão somente um meio que quer para adotar sobre a vida um olhar que opera um corte permitindo apreender o valor do presente, quer para realizar o grande circuito da memorização pelo qual totalizaremos toda nossa vida e a faremos aparecer como ela é. É o julgamento sobre o presente e a valorização do passado que se realizam neste pensamento sobre a morte, que justamente não deve ser um pensamento sobre o porvir, mas um pensamento sobre mim mesmo enquanto estou morrendo (FOUCAULT, 2004b, p. 582).

Elias (2001) nos fala da morte contemporânea vivenciada longe da família, reflexo de

9 Grifo Cuidados Paliativos com iniciais maiúsculas, por assumir essa filosofia de cuidados enquanto um campo de conhecimento e de saberes constituído em torno daqueles que morrem.

uma sociedade que após a Segunda Guerra Mundial experimentou novos modos de viver configurados pela expansão do capitalismo, atravessada pelos dispositivos do individualismo e pela solidão. Assim, “tanto quanto pela diluição da efemeridade no espaço indefinido dos corpos, a modernidade se caracteriza pela solidão dos indivíduos, forçados a enfrentar aquilo que não sabem mais nomear, a doença e a potencialidade de morte que os cerca” (AUDOIN-ROUZEAU, 2008, p. 21).

A mudança na expectativa de vida de uma média de 40 para 70 anos foi um dos fatores que levou a extinção da morte de jovens e adultos de meia idade, tornando o evento aceitável especialmente no caso dos idosos (ELIAS, 2001). Circula também a ideia de aceitação desse fenômeno especialmente nas sociedades tidas como desenvolvidas, em que foram instituídas novas filosofias de cuidado, dentre elas os Cuidados Paliativos. Essa filosofia trata a morte como um fenômeno inerente a vida, levando a sua aceitação por meio da disposição de cuidados que visem o conforto, redução da dor, o apoio familiar e multiprofissional na hora da morte (MENEZES, 2004). Por outro lado, “a constatação de que a morte é inevitável está encoberta pelo empenho em adiá-la mais e mais com a ajuda da medicina, e pela esperança de que isso talvez funcione” (ELIAS, 2001, p. 56). Além disso, configurou-se um pensamento em torno da morte pacífica ligada ao corpo e ao adoecimento.

A apropriação da ciência pelos corpos dos moribundos no século XVIII diferencia-se do modo como a ciência contemporânea governa os corpos daqueles que morrem. Isto porque os sentidos dessa palavra modificaram-se ao longo dos últimos três séculos. No Brasil vemos principalmente a partir dos anos 2000, uma série de discussões e investimentos em programas e diretrizes norteadas pelos princípios dos Cuidados Paliativos (MACIEL et al, 2009). Os programas de internação domiciliar que tem como objetivo proporcionar uma morte tranquila no lar promovem a articulação entre campos de saber que possibilitam o governo dos sujeitos que morrem no hospital ou no domicílio. Vislumbra-se uma medicalização da morte com a captura e apropriação dos corpos dos sujeitos que partem.

No momento atual, discursos estimulam os sujeitos a pensarem e a governarem sua morte. A Holanda foi um dos países pioneiros em garantir o direito dos sujeitos decidirem sobre seu fim. Desde 1993 o país incluiu em sua legislação critérios que permitem as pessoas com doenças em estágio avançado optarem pela realização da eutanásia. Na legislação desse país garante-se que o médico não será responsabilizado pela morte do paciente. Para realizar o procedimento é necessário consultoria de outro médico que avalie as condições psíquicas da

pessoa doente (GOLDIM, 2003).

Na América Latina, a Argentina foi um dos primeiros países a colocar no centro das discussões sobre terminalidade, a vontade do sujeito que morre. Em maio de 2012, o Senado daquele país, aprovou por unanimidade a “lei da morte digna” que permite que as pessoas decidam sobre as condições que querem morrer, se querem receber investimentos tecnológicos e farmacológicos ou não, em casos de doenças avançadas. No Brasil, em 31 de agosto de 2012 foi emitida pelo Conselho Federal de Medicina a Resolução nº 1.995/ 2012 que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade de pacientes, que aborda o que deve ser realizado em situações de final de vida, a partir da vontade do paciente, em casos de doenças fora de possibilidades terapêuticas (BRASIL, 2012).

Uma possibilidade de declaração sobre os desejos para o final da vida é a elaboração do Testamento Vital. Trata-se de um documento no qual a pessoa expressa o que deseja que seja feito em caso de acometimento por doença crítica, aquela para a qual já não há perspectiva de cura. Esse documento não necessita ser registrado em cartório para ter validade, entretanto, alguns juristas recomendam a certificação do documento, mediante duas testemunhas (LIPPMANN, 2013). Para a elaboração do testamento vital, a pessoa é aconselhada a procurar um médico de confiança que lhe indique o que deve ser feito nesses casos. De preferência, a pessoa deve encontrar-se em boas condições de saúde para que possa estar esclarecida sobre o documento e, assim, elaborar seu testamento com tranquilidade e antecipadamente. No testamento, opta-se por receber investimento tecnológico e terapêutico mesmo em situações fora de possibilidade de cura ou se rejeita as investidas, deixando a doença correr o curso natural. Sugere-se ainda, que a pessoa tenha alguém responsável por tomar as decisões nessa fase da vida, de preferência que não seja familiar, ou que tenha algum interesse na situação econômica (ou de outra ordem) da pessoa que está doente. O testamento vital pode ser revogado a qualquer momento (LIPPMANN, 2013).

Configura-se um novo modelo para pensar a morte, no qual somos chamados a decidir sobre o nosso fim. Acredito que os movimentos apresentados aqui, especialmente a tentativa de resgate da humanização, contribuíram para a constituição de sujeitos que teriam o poder de se governar no momento da morte. Dessa forma, procurei situar a mim e ao leitor sobre as transições culturais e os modos de experienciar o fim da vida. Penso que foi possível apreender um pouco das contingências que corroboraram para fazer da morte algo, por vezes menos, por vezes mais distante de nós, variando indubitavelmente com as condições

históricas, econômicas e políticas que permitem a emergência de um pensamento e uma prática, convocando os sujeitos para que tenham determinadas atitudes frente aos acontecimentos. A seguir, proponho adentrarmos um pouco do universo midiático e percebermos de que forma ele faz circular ideias e verdades que nos ensinam a adotar comportamentos, a responder a determinadas situações, nos convocando a participar ativamente das decisões contemporâneas sobre a morte.

3.2 A incitação aos discursos: mídia e governo dos corpos

Ao pensar a constituição dos sujeitos no contemporâneo remeto-me ao papel da mídia enquanto moduladora do corpo e da alma do sujeito moderno. Ressalto que ao mencionar a palavra alma, não a utilizo no contexto da transcendência, como algo supremo. Assim como (FOUCAULT, 1999), acredito que a alma é resultante de um construto histórico, do lapidar diário de uma realidade que por meio do poder produz efeitos que nos constituem enquanto mulheres, homens, crianças, adolescentes, enfim, as mais diversas posições que podemos ocupar.

É esse corpo e essa alma que passaram a ser alvo dos diferentes saberes com a emergência do liberalismo. Como visto anteriormente, com o declínio da Idade Média e a ascensão dos Estados-nação, no transcorrer do século XVIII buscavam-se formas mais efetivas de governar; a disciplina apesar de resolutiva exigia excesso de vigilância sobre os corpos, tornando-se improdutiva. Com a consolidação dos centros urbanos e a aceleração industrial e econômica, o liberalismo emergiu como uma forma mais efetiva de se ter o controle sobre os sujeitos. Nesse sistema, quanto menos o Estado governa mais produtiva são as ações. Dessa forma, o próprio Estado precisa comedir seu papel interventor, atribuindo cada vez mais essa função aos sujeitos, que a partir de agora devem exercitar o cuidado sobre si (LOCKMANN, 2010).

A liberdade é a marca do liberalismo e é constantemente produzida, organizada e reguladora (FOUCAULT, 2008c). Nessa racionalidade convocam-se os sujeitos a cuidarem de si, de sua saúde, educação, lazer, emprego, enfim, cada um torna-se o responsável por alcançar aquilo que lhe satisfaz e por adquirir os bens de consumo que lhes são oferecidos (SARAIVA; VEIGA-NETO, 2009). A liberdade de mercado vai operar pela competição (ainda que não tão acirrada como no neoliberalismo), garantindo o bom preço, favorecendo tanto o consumo quanto o comércio (FOUCAULT, 2008c). Nessa racionalidade, investe-se na

capacidade de comprar, que aos poucos vai sendo delimitada e especificada, estimulando a captação de todos.

Dessa forma, governa-se por meio de verdades que são produzidas e circuladas, as quais garantem a mínima intervenção do Estado, a partir da articulação dos cálculos estatísticos, das probabilidades e da ciência que operam para a potencialização da produção e da organização em torno da vida e da economia.

Efetivamente o governo governa não pela sabedoria em geral, mas pela verdade, quer dizer, pelo conhecimento exato dos processos que caracterizam essa realidade que é o Estado, realidade que por sua vez é constituída por uma população, uma produção de riquezas, um trabalho, um comércio, etc, então, quanto mais o governo governa pela verdade, no fundo ele irá governar tanto menos. Mais ele indexará sua ação à verdade, menos ele irá governar no sentido que menos irá tomar decisões que se imporão de cima em função dos cálculos mais ou menos incertos às pessoas que os aceitarão mais ou menos bem (FOUCAULT, 2009b, p. 20).

O liberalismo produziu a partir do século XVIII até a primeira metade do século XX uma política que favoreceu a expansão de mercados e a consolidação das principais potências europeias e dos Estados Unidos. Por meio da globalização do mercado, as pessoas foram convocadas a participar do enriquecimento, não de uma parcela da população, mas coletivamente. Entretanto, é notável lembrar que esse enriquecimento está diretamente relacionado ao coletivo europeu, a partir do qual a abertura econômica modificou o estatuto entre Europa e o resto do mundo. “De um lado os europeus é que serão os jogadores, e o mundo, bem, o mundo será o que está em jogo. O jogo está na Europa, mas o que está em jogo é o mundo (FOUCAULT, 2008c, p. 77).

Muito embora a Europa tenha atravessado desastrosas guerras, a partir dessa forma de governo foi possível expandir um modelo que exigia menos intervenção estatal. Desde o início do século XX ganha-se uma importante aliada para a difusão dos princípios liberais e, posteriormente neoliberais, de comportamentos, de circulação de verdades e do chamamento para as questões de saúde, da guerra e da economia: a mídia.

A Guerra Civil Espanhola foi um marco no que diz respeito a inserção da imprensa no cenário social, bem como na produção de imagens sobre destruição e morte. Muitos fotógrafos fizeram parte de equipes que eram responsáveis por atualizar, por meio da fotografia, o balanço das perdas e ganhos durante as batalhas. As imagens circulavam em revistas e jornais espanhóis, e por meio da imprensa a população adentrava as lutas (SONTAG, 2003). Apesar dos textos já circularem, vinculados principalmente nos jornais, as imagens chocavam e comoviam as pessoas. Além disso, a imagem marca, não somente na

memória, mas também fixa-se na história como algo que não poderá ser esquecido. Um exemplo clássico é a imagem de um homem fotografado por Robert Capa durante a Guerra Civil Espanhola (Figura 3). Nessa fotografia, o homem está sendo alvejado, em queda sobre sua própria sombra, aparentemente sem chances de defesa, caindo junto de sua arma. Temos aí uma primeira aproximação com a realidade e com o sofrimento que a mídia iria começar a proporcionar (SONTAG, 2003).

Figura 3- Cena da Guerra Espanhola



Fonte: www.oescafandro.com.br

Despontava um tipo de cultura que passaria a intervir estrategicamente no cotidiano. A cultura midiática surge como uma ferramenta de comercialização e transformação da cultura que, com base nas imagens, venderia a dor, o sofrimento e também as novas tecnologias, comportamentos, hábitos alimentares, entre outros, indicando os caminhos políticos e culturais a serem escolhidos pela população (KELLNER, 2004). Surgiram revistas semanais de ampla circulação, em especial a francesa *Vu*, a americana *Life* e a inglesa *Picture Post*, que com base em revistas como a *National Geographic*, dedicaram-se inteiramente às fotos e à

história por imagens (SONTAG, 2003).

A inserção das tecnologias nos meios de comunicação trouxe o ar do “real” e impulsionou o desenvolvimento da cultura midiática. A guerra do Vietnã foi a primeira a ser transmitida simultaneamente, proporcionando teleintimidade dos sujeitos com a morte, apresentando o poderio tecnológico que estava ascendendo (SONTAG, 2003). A aproximação entre mídia, vida social e política tornou-se uma das grandes armas em se tratando de relações, especialmente em se tratando da disseminação de culturas, costumes e alianças entre países, especialmente durante as guerras. Para exemplificar, trago a integração entre os Estados Unidos da América e países da América Latina durante a Segunda Guerra Mundial, dentre eles o Brasil. Por meio da cultura cinematográfica que estava em expansão, os estúdios de *Walt Disney* criaram nesse período, visando a política da boa vizinhança, personagens e filmes que traziam como enredo os costumes, os hábitos, as belezas naturais de países como a Argentina, o México e o Brasil (GUAZZELLI FILHO, 2009).

Figura 4- Cena do filme "Alô, amigos!"



Fonte: www.radioalo.com.br

No caso do Brasil, o personagem Zé Carioca foi um importante aliado. Tanto para amenizar os boatos sobre o possível apoio de Disney ao regime nazista, como também para afastar uma possível investida comunista no país, valorizando os Estados Unidos como nação amiga, como os próprios passaram a se autodenominar (Figura 4) (GUAZZELLI FILHO, 2009). Ao analisar rapidamente os filmes *Você já foi a Bahia* e um trecho de *Alô, Amigo!* no qual Zé Carioca apresenta ao estadunidense Pato Donald o Brasil, vemos uma série de imagens que demonstram a sobreposição do olhar americano sobre o Brasil, extremamente etnocêntrico. O olhar de Donald sobre Zé Carioca é sempre de surpresa, como se estivesse em contato com o exótico. De certa forma parece, visto a redutibilidade da cultura brasileira, que se resume a samba, cachaça, mulher e natureza. O jogo de imagens, em ambos os filmes, apresenta oscilações de cores que atraem os expectadores, bem como as músicas que embalam as visitas. As cores das roupas que os personagens vestem remetem a nacionalidade de ambos, dando a identidade e levando ao reconhecimento do público. É interessante observar o tamanho de Donald perto de Zé Carioca, que por vezes parece ser o dobro, especialmente quando o papagaio é reduzido a tamanhos minúsculos (Figura 5).

Figura 5- Cena do filme " Você já foi à Bahia?"



Fonte: www.youtube.com.br

É possível, por meio deste exemplo, termos uma noção do quanto a cultura midiática participa dos jogos econômicos, políticos e sociais. Quase que de maneira imperceptível, ela invade os lares, produz risos, faz chorar, ao mesmo tempo em que adentra o corpo e a alma dos sujeitos, constituindo verdades que modificam os modos como nos subjetivamos. Vemos articular-se um novo diagrama de poder por meio da mídia, que tem por alvo a alma, que captura a memória e atenção, agindo por meio de redes e da cooperação entre os cérebros mediada por tecnologias, Lazzarato (2006) denomina esse novo investimento de *noopoder*. “Essa nova forma de poder incide sobre a vida, mas não a vida no sentido de *bios* nem de *zoé*, dos fenômenos biológicos, mas a vida conforme definem Tarde e Bergson: a vida como memória” (SARAIVA; VEIGA-NETO, 2009).

Além disso, a partir do final da década de 1950, uma série de comportamentos passam a ser difundidos por meio das músicas, dos festivais, dos movimentos sociais, das novelas, revistas, jornais e filmes que promoveram uma aproximação de culturas em termos mundiais, criando condições de expansão de uma nova forma de governo que predomina até os dias atuais: o neoliberalismo.

No neoliberalismo a ordem é a concorrência, a competição, em um mundo no qual é preciso antes de competir com os demais, competir consigo, na busca incessante pelo melhor que se pode ser, no melhor trabalho que se pode ter, na melhor casa que se pode morar, na melhor roupa que se pode vestir (FOUCAULT, 2008a). Essa racionalidade, apresentou especificidades no seu desenvolvimento em diferentes países, como a Alemanha e os Estados Unidos, o que é primorosamente trabalhado por Michel Foucault na obra *Nascimento da Biopolítica*. Porém, nesta revisão pretendo demonstrar os traços gerais que o neoliberalismo utilizou-se para emergir e como a mídia participa e é integrada nesse jogo, visto que o foco do meu trabalho está nesses artefatos.

O neoliberalismo surge para atender aquilo que o liberalismo por si só já não dava mais conta, especialmente pela limitação da governamentalidade pelo cálculo da utilidade. As críticas dos burgueses em torno das fragilidades demonstradas pelos Estados no governo dos sujeitos, citando principalmente o caso do nazismo na Alemanha, as controvérsias de Mussolini na Itália e o esfacelamento do comunismo soviético no final da década de 1980, levaram a impregnação da ideia de que o Estado não dava mais conta da organização política e econômica das nações. Se com o liberalismo e o consumismo as fábricas triunfaram, a partir

de então, com a reorganização do cenário mundial após a segunda guerra, é possível convocar cada um a investir em si, utilizando-se dos discursos que estimulariam a competição e colocariam em xeque a estrutura sólida do liberalismo (FOUCAULT, 2008a).

Essas mudanças favoreceram o estabelecimento das empresas e do setor privado como a salvação para os problemas instalados até então. Mais do que empresas para aquecerem a economia, é preciso a privatização para dar conta dos descasos do Estado, um exemplo, a política adotada por Margaret Thatcher na Inglaterra dos anos 1970 (HALL, 1997). No campo da saúde é possível visualizar essa invasão do privado pela criação dos Planos de Saúde que dão a impressão de serem mais efetivos e resolutivos do que os sistemas públicos. Na educação, as instituições privadas também passaram a ser sinônimo de garantia de um futuro melhor e de filhos bem instruídos. Transita-se em uma lógica na qual onde se paga diretamente, se obtém o melhor. A partir de então, é fundamental tornar-se empresário de si para consumir os produtos e serviços fornecidos pelo sistema neoliberal, competir e se sentir pertencente ao mundo, na captura desenfreada pela atenção (LAZZARATO, 2006; SARAIVA; VEIGA-NETO, 2009).

Para explicar tal situação, a teoria do Capital Humano elaborada por Theodore Shultz, no final da década de 1960 abre caminhos para uma teoria econômica da população, na qual o autor defende que os sujeitos de direitos constituídos após a segunda guerra, transformaram-se em indivíduos-microempresários que passaram a desenvolver aptidões, adquirir destreza em função das solitudes do mercado neoliberal, o qual atribui um valor de mercado para essas aptidões como forma de sustentar as empresas capitalistas (GADELHA, 2009). Agora, “o trabalho é realizado não mais por um autônomo altamente especializado, mas por um sujeito flexível, capaz de ser alocado em diversas funções dentro da fábrica” (SARAIVA; VEIGA-NETO, 2009). Trata-se de um trabalho imaterial, no qual se exige uma alta capacidade de comunicação, tomada de decisão, criatividade, e mais do que isso, gestão dos acontecimentos, do imprevisível e de si (LAZZARATO, 2006).

A produção desses novos tipos de sujeitos perpassa pela mídia, e daí a importância de se contextualizar o meio em que foi possível sua emergência, especialmente com o advento das tecnologias e a ascensão do neoliberalismo e do trabalho imaterial, que para além de moldar indivíduos em sujeitos preparados para o governo de suas vidas profissionais e econômicas, molda também os comportamentos frente aos acontecimentos como o modo de ser adolescente, de ser pai, o modo como se nasce e até mesmo o modo como se morre. O

processo de individualização instalado e fortalecido pela competição e os distintos aparelhos neoliberais, dentre eles a mídia, nos convocam a sermos senhores do nosso tempo (FURTADO et al, 2011).

A cultura da mídia foi e é em grande parte responsável pela constituição de identidades e formação de lugares a serem ocupados pelos sujeitos na sociedade (KELLNER, 2001). Nos filmes, é possível identificar a prescrição das roupas do momento; eles ditam a moda e fazem circular comportamentos e hábitos. Por exemplo, os filmes das décadas de 1970, 80 e 90 traziam em suas tramas personagens que fumavam e bebiam, em sua maioria jovens, apontando as conjunturas para a constituição de um tipo rebelde e transgressor de adolescente (FISCHER, 1996). Os filmes em torno do universo feminino giravam em torno da busca pelo príncipe encantando, ainda muito influenciado pelos contos de fada e os discursos que produziam mulheres para cuidar da organização da vida familiar. Com o fortalecimento do feminismo e as modificações ocorridas no campo do trabalho e da vida das mulheres, os filmes atuais como o estadunidense *Sex and City* e o brasileiro *De pernas pro ar* retratam a mulher do século XXI: atarefada, comprometida com o trabalho, verdadeiras *workaholics* centradas na carreira, entre outros dilemas da vida contemporânea. Vemos nas telas a fusão entre prescrição do que devemos fazer com aquilo que já viemos praticando. A mídia reproduz a vida real e vice-versa (KELLNER, 2004).

A música do período em questão entoa as emergências políticas, as relações amorosas e os ritmos e letras trazem a tona aquilo que se quer mostrar. Um exemplo: as canções durante a ditadura militar. Músicos como Raul Seixas, Chico Buarque de Hollanda, entre outros, impulsionaram jovens na luta por democracia e melhores condições sociais no Brasil. As novelas, igualmente, aproximam os sujeitos de questões para as quais se quer chamar a atenção. Os temas giram em torno de alguma polêmica, como tráfico de pessoas, clonagem, deficiências físicas, entre outras, contornados pelo humor e o romance, que dão um tom de entretenimento e atraem aqueles que assistem. “Na verdade, a cultura midiática reproduz as lutas e os discursos sociais existentes, expressando os medos e os sofrimentos da gente comum, ao mesmo tempo que fornece material para a formação de identidades e dá sentido ao mundo” (KELLNER, 2004, p. 203).

Destaco o papel das revistas, que constituem meu material empírico de estudo, enquanto um local de formação e circulação de opiniões, sejam elas de quem escreve, sejam, no contexto atual das tecnologias de informação, opiniões de leitores que participam da composição dos artefatos,

impulsionados pela disponibilidade digital desses meios de comunicação que anteriormente era somente impressa. As revistas são utilizadas como veículo de disseminação de comportamentos, hábitos alimentares, cuidados com o corpo e com a saúde. Nesses locais são produzidos sentidos e verdades, que denotam o caráter pedagógico e de ensino em relação aos sujeitos que os leem, constituindo posições de sujeito¹⁰, em relação às demandas sociais, de saúde, econômicas, familiares e educacionais (RIBEIRO, 2012). Esse artefato geralmente é seletivo em dois aspectos. Uma primeira seletividade se dá no direcionamento dos discursos a determinados grupos, considerando o gênero, a faixa etária, selecionando os assuntos e colocando-os em voga, a partir de temas, necessidades ou comportamentos de uma sociedade em uma dada época. Uma outra seletividade se dá em relação ao público-alvo que consome esse tipo de artefato, a partir de diferenciações econômicas. Se considerarmos o valor das revistas comparado ao dos jornais, identificamos que as primeiras possuem um custo mais elevado, tornando seu acesso mais restrito.

A mídia utiliza cuidadosamente a iluminação, a melhor linguagem oral e pictórica, o jogo de imagens a serem articulados, visando a manutenção, captura e atração do espetáculo, nos programas televisivos, jornais, revistas, novelas, filmes e *sites* (KELLNER, 2004). Destaca-se ainda, a forma como são disponibilizados os discursos, as pessoas que enunciam e a decidida frequência com que circulam. A escolha do tipo de linguagem a ser utilizada é fundamental quando se busca atingir determinado público. Da mesma forma, o modo como são repetidas e circulam determinadas notícias, favorece a emergência de campos de saber ou condutas (FISCHER, 1996; KELLNER, 2001).

Nessa perspectiva, nos últimos anos é crescente o número de trabalhos que abordam o papel da mídia na constituição dos sujeitos. No campo dos Estudos Culturais, especialmente na vertente pós-estruturalista, há pesquisas que apontam o papel dos artefatos midiáticos, tais como os filmes, as revistas, os jornais, as propagandas, como meios que veiculam comportamentos desejáveis em relação à saúde, à educação. Tais artefatos inventam papéis sociais, identidades e subjetividades; constituem mulheres, homens, adolescentes, crianças, moribundos e doentes, por meio de tramas de poder que interpelam e capturam através dos discursos e verdades que fazem circular.

10 Essa “posição de sujeito” a qual me refiro está ligada à noção que Foucault apresenta na obra “Arqueologia do Saber”, na qual o autor nos diz que mais do que buscar uma verdade, ou uma essência escondida, é interessante apontarmos “as posições de sujeito no interior das modalidades de enunciação, as quais sempre nos remetem não a uma síntese nem à função unificante de um sujeito, mas a uma dispersão” (FOUCAULT, 2008b, p. 61). Fischer (2013) exemplifica que o sujeito de um discurso não é uma pessoa que fala sobre algo, mas sim as posições que ela vai adotando ao longo do que enuncia. E são essas posições que o sujeito adota que permitirão a multiplicação dos enunciados.

No campo educacional, Rosa Fischer é uma das pioneiras a problematizar as aproximações entre mídia, cultura e educação na invenção de sujeitos adolescentes ou do chamado público *teen*. Por meio da análise dos discursos emitidos pela revista *Capricho*, pelo caderno *Folhateen*, do Jornal Folha de São Paulo, e pelos programas televisivos *Programa Livre* e *Confissões de Adolescente*, a autora identificou a constituição de regimes de verdade em torno do público *teen*, a partir de “uma série de normas, regras, e práticas de constituição de si mesmo, de acordo com um jogo de forças sociais vividos numa época em que as redes de poder se fazem ao mesmo tempo individualizadoras e totalizantes e atuam primordialmente no campo das práticas culturais” (FISCHER, 1996, p. 11). O ensino do convívio em grupo, as atitudes que levam a aceitação perante aos amigos, a rebeldia, crises, incertezas, cuidados com o corpo e as lições sobre como iniciar as primeiras experiências sexuais, são algumas das temáticas desenvolvidas pela revista e dobradas repetidas vezes sobre os indivíduos, transformando-os em sujeitos jovens.

A autora considera que os meios de comunicação constituem uma cultura “globalizada” do nosso tempo, por meio das imagens, dos sons e dos enunciados emitidos que, cada vez mais, adentram a intimidade das pessoas, inventando modos de subjetivação a partir de padrões de normalidade estabelecidos, por um conjunto de saberes articulados, entre eles o da saúde, os da educação e os das ciências psi (FISCHER, 1996).

Fabiana Marcello (2003) descreve, em sua dissertação de mestrado, o dispositivo da maternidade enquanto uma invenção que facilitou a organização social, especialmente pela constituição das famílias e a proteção a vida dos sujeitos que se faz a partir de então. A autora buscou operacionalizar o dispositivo por meio dos discursos contidos na mídia contemporânea que favorecem a experiência materna a partir da articulação entre saberes, normatividades e modos de subjetivação. Utilizando algumas reportagens das revistas *Veja*, *Caras* e *Crescer* foi possível apontar visibilidades e dizibilidades que são enunciadas nos artefatos a respeito do exercício da maternidade (MARCELLO, 2003).

Outro estudo que aborda mídia e educação é a tese de Vera Gerzson (2007), na qual a autora considera a mídia como um importante dispositivo de governamentalidade neoliberal, fazendo circular discursos que buscam preparar os estudantes para a produtividade máxima no mercado de trabalho. A lógica do trabalho imaterial e o empreendedorismo de si são questões que perpassam os discursos (imagens e palavras) educacionais que são vinculados nas revistas *Veja*, *Época* e *Isto É*. As revistas dispõem verdades como a de que a escola é a responsável

pela produção da educação e o desenvolvimento do Brasil. “Produzir condutas e talentos em meio às adversidades do mundo globalizado é expectativa para escola, professoras e estudantes e em torno delas proliferam produtos de todo tipo: cursos, escolas, material escolar e didático, tecnologias, etc” (GERZSON, 2007).

A tese de Simone Schwengber (2006) também é relevante para o campo da educação e da mídia. Nesse estudo, a autora problematiza os discursos a respeito da educação dos corpos grávidos na revista *Pais e Filhos*. Aponta-se algumas estratégias que a revista utiliza para politizar o corpo feminino durante a maternidade. A prática de exercícios físicos, cuidados com a saúde do bebê, com a alimentação, entre outros são algumas das orientações que circulam na tentativa de produzir mulheres responsáveis, não somente pelo cuidado de si, como também pela saúde e bem-estar da criança que nascerá (SCHWENGBER, 2006).

Na Psicologia, Inês Hennigen (2010) destaca o papel dos discursos midiáticos sobre a paternidade. Analisando esses discursos, emitidos por empresas em campanhas publicitárias em comemoração ao dia dos pais, em novelas e em reportagens circulantes em jornais, a autora compreendeu o papel da mídia como instigadora da função social do papel do pai, enquanto fundamental para o bom desenvolvimento da criança e a manutenção de uma infância “saudável”. Além disso, destacam-se as configurações dos lugares de mãe e de pai nas famílias, a partir de regras estabelecidas histórica e culturalmente que modificam as funções nas relações familiares. O pai é convocado a auxiliar no cuidado e formação dos filhos, tendo em vista as novas relações da mulher com o mundo do trabalho, com a família e com a sociedade.

Na enfermagem, podemos citar os estudos de Niemeyer (2010) e Ribeiro (2012) que problematizam as questões relativas à saúde e ao corpo das mulheres e dos pacientes com câncer respectivamente. As autoras utilizaram a revista e o cinema para compreender a produção de subjetividades, modos de cuidar do corpo e da saúde a partir dos discursos circulantes nessas mídias, por meio da análise cultural e textual.

Procurei fazer algumas correlações entre mídia, liberalismo e neoliberalismo, buscando evidenciar e situar o campo no qual estou adentrando, o qual percebo estar atrelado ao favorecimento das artes de governar. A mídia, desde sua emergência, tem se mostrado uma importante estratégia. Potencializou o investimento em um modelo competitivo e individualizante, corroborando com o fortalecimento econômico e político principalmente das

nações Europeias e dos Estados Unidos. No Brasil, também foi possível identificar essa participação e a aliança entre mídia, constituição de sujeitos e governo, nas novelas, músicas, revistas e filmes. A seguir, discuto a relação entre discurso, poder e biopolítica, apresentando alguns conceitos e inter-relação que contribuem com as análises que desenvolvo no decorrer do capítulo 4.

3.3 A sinfonia dos discursos: no ritmo do poder e da biopolítica

Mas, o que há, afinal, de tão perigoso no fato de as pessoas falarem e de seus discursos proliferarem indefinidamente? Onde, afinal, está o perigo? (FOUCAULT, 2003b, p. 8)

Para abordar os discursos a respeito da morte e como esses operam a partir da mídia, acredito serem necessários alguns esclarecimentos da perspectiva teórica que adoto para descrever discursos e relações de poder. Apesar de considerar o poder e o discurso como ferramentas para a análise, é interessante conhecer como essas noções são tomadas a partir do pensamento de Michel Foucault e da Virada Linguística (*Linguist Turn*).

A Virada Linguística foi um movimento que rompeu com os modelos filosóficos e culturais que se ocupavam do sujeito para responder as inquietações do pensamento moderno. A fenomenologia, a Psicologia, especialmente com a psicanálise, o Marxismo, entre outros acreditavam em uma transcendentalidade, contida no sujeito, que levaria a verdade e a busca de soluções para as questões comportamentais e sociais do final do século XIX e início do XX (VEIGA-NETO; LOPES, 2007). Autores como Jacques Derrida, Richard Rorty e Ludwig Wittgenstein discutiram a respeito do caráter não-representacional da linguagem e sua função enquanto instituidora da realidade e não apenas mera simbolização dos objetos e coisas. Influenciados pelos positivistas do Círculo de Viena, tentaram estruturar a linguagem, sua forma de organização, pautando os estudos das Ciências Humanas em torno das relações entre linguagem, pensamento e mundo. De maneira geral, para esses pensadores “não há pensamento fora da linguagem, isto é, o que não pode ser dito não pode ser pensado-ou, se quisermos, só pode ser pensado aquilo sobre o qual temos algo a dizer” (VEIGA-NETO; LOPES, 2007, p. 23).

Atingidos por esse movimento autores como Gilles Deleuze e Michel Foucault desenvolveram suas obras partindo da perspectiva de que a linguagem tem o primado sobre o

sujeito. É nesse sentido que “*A ordem do discurso*” e “*A arqueologia do saber*” trazem uma extensa contribuição para a compreensão desse novo modo de abordar a linguagem e as unidades discursivas que até então tinham suas fundamentações na história linear e no pressuposto da continuidade. As unidades discursivas referem-se às noções de autoria, de obra e aos elementos que constituem o discurso, que foram sendo postos em xeque a partir dessa relação com a linguagem (FOUCAULT, 2008b). As noções de influência, de evolução ou desenvolvimento e tradição, são extirpadas da teoria discursiva proposta por Foucault, exceto se as utilizarmos sob forma de questionamentos, duvidando de suas unicidades e inserindo a partir de então a descontinuidade, as rupturas históricas, os acontecimentos nas análises.

Se tomarmos as concepções clássicas, entenderemos discurso como sendo uma unidade da língua composta por sucessivas frases; proposições que se materializam em um corpo, por meio da enunciação, da fala (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2004). Nessa perspectiva, o discurso compõe e é composto por um conjunto de textos, como por exemplo, “o 'discurso comunista' que é tanto o conjunto dos textos produzidos pelos comunistas quanto o sistema que permite produzi-los, a esses e a outros textos qualificados como comunistas” (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2004, p. 169). Após a Virada Linguística, o discurso distancia-se (em partes) da estrutura, recepcionando não somente posições semânticas como também adquirindo um sentido produtivo, passível de controle, seleção, organização e de uma série de procedimentos que atuam para sua interdição ou legitimação (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2004; FOUCAULT, 2003b).

A partir de então, “que importa quem fala?” (FOUCAULT, 2000, p. 264). O afastamento do sujeito suprimiu a necessidade de um autor para a enunciação do discurso. Essa supressão não se dá no sentido da materialidade, visto que é necessário um corpo, boca, mãos, olhos para emitir aquilo que pronunciamos e que se concretiza enquanto discurso. Agora não importa mais quem fala e sim as posições que somos chamados a ocupar nos discursos, pois “o sujeito da linguagem não é um sujeito em si, idealizado, essencial, origem inarredável do sentido: ele é ao mesmo tempo falante e falado, porque através dele outros ditos se dizem” (FISCHER, 2001, p. 207).

Nessa dispersão que se torna o discurso, tomamos a vontade de verdade como um elemento que dá visibilidade para o aparecimento da discursividade em uma época. Essa vontade de verdade apoia-se em instituições, em um conjunto de práticas discursivas e não-

discursivas já enunciadas (FOUCAULT, 2003b). Os livros, as tecnologias, as relações entre os sujeitos e as posições que ocupam socialmente dão legitimidade àquilo que pode ser assumido ou não como verdade em um discurso. Foucault (2003b) denominou como sistemas de exclusão do discurso aquilo que pode ou não ser dito em um determinado período por alguém, a citar a palavra proibida (interdição), a segregação da loucura (separação e rejeição) e a vontade de verdade. Esses delineamentos operam controlando e excluindo aquilo que pode ser dito exteriormente. Tratam-se de procedimentos externos ligados às relações de poder e dos desejos de cada sujeito (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013).

Dentre os três sistemas, Foucault privilegia a vontade de verdade por acreditar que os demais encontram-se intrínsecos a ela. Ao se remeter aos discursos tomados como verdadeiros, muitas vezes esquecemo-nos de penetrar nas vontades, desejos e relações que os fizeram urgir, lugares que sustentam a “prodigiosa maquinaria destinada a excluir todos aqueles que, ponto por ponto em nossa história, procuraram contornar essa vontade de verdade e recolocá-la em questão contra a verdade, lá justamente onde a verdade assume a tarefa de justificar a interdição e definir a loucura” (FOUCAULT, 2003b, p. 20).

Além dos procedimentos externos, nos deparamos com procedimentos internos de interdição dos discursos, que pressupõe que cada discurso exerce seu próprio controle, a partir do conjunto de palavras dispostas, dos sujeitos que a enunciam, do lugar de onde são emitidos e estão ligados ao acontecimento e ao acaso (FOUCAULT, 2003b).

O comentário é um desses procedimentos externos e está ligado às possibilidades de leitura de um texto. Nessa relação entre textos encontramos a função do discurso multiplicador e disparador daquilo que já foi e do que ainda pode ser dito (FOUCAULT, 2003b). Não há nos textos fundamentais um *a priori* em jogo, e muito menos um primado. Por exemplo, muitos comentadores do próprio Michel Foucault são acessados antes de nos dirigirmos diretamente às obras desse autor, auxiliando na compreensão de seu pensamento e oferecendo direções a outros sentidos possíveis em sua obra. Se é um perigo? Ao lidarmos com discursos estamos em constante perigo, já diria o próprio Foucault. Não se trata de suprimirmos um texto em relação ao outro, mas de anularmos suas relações, reconhecendo a especificidade de cada um (FOUCAULT, 2003b). Assim, ocorre a solidariedade entre o texto primeiro e o texto segundo, em que o primeiro tem o poder da reticência e por aparentemente ser o detentor da verdade, atribuímos a ele a possibilidade de multiplicar-se. Por outro lado,

“o comentário não tem outro papel, sejam quais forem as técnicas empregadas, senão o de dizer enfim o que estava articulado silenciosamente no texto primeiro” (FOUCAULT, 2003b, p. 25).

Outro procedimento de interdição do discurso é a noção de autor. Descrevo-o não como aquele que enuncia algo, mas autor como “princípio de agrupamento do discurso, como unidade e origem de suas significações, como foco de sua coerência” (FOUCAULT, 2003b, p. 26). A raridade de um discurso se dá a partir do que é negado em uma frase, no que ela contradiz, repele ou recalca outras frases. Isso permite a ampliação do dito e do não dito, em uma virtualidade do discurso que favorece a multiplicidade de sentidos e a formação de um “discurso oculto” (DELEUZE, 2005). Dessa forma, “dar um autor a um texto é impor a esse texto um mecanismo de segurança, é dotá-lo de um significado último, é fechar a escrita” (BARTHES, 2004, p. 66). E se fecha a escrita por duas principais razões. A primeira seria pela posição do autor que se impõe com o nome impresso em um texto. A segunda razão está implícita na primeira e se refere ao desafio do escritor ao elaborar sua obra. Com a assinatura do nome há o exercício de correlação e de aproximação da leitura que se faz de uma obra com o pensamento de quem a escreveu (FOUCAULT, 2000). Nesse sentido, quem lê buscará estabelecer relações com os posicionamentos de quem escreve, interpretando e limitando a capacidade de crítica e de dispersão do sujeito na leitura. Partindo da premissa de que “o autor só tem uma meta, escrever para o leitor e se confundir com ele” (BLANCHOT, 1997, p. 296), quando se assina uma obra delinea-se também o círculo de possibilidades de escrita para um autor, que carrega consigo as marcas de “*expert*” sobre um assunto, ou que tem autoridade para falar sobre isso ou aquilo. Em outras palavras, nos soaria estranho se Paulo Coelho ou Augusto Cury passassem a escrever livros sobre filosofia, história ou poesias, já que os conhecemos como famosos escritores de livros de autoajuda. Essa situação dificulta a compreensão de que o escritor não é apenas vários em um só, mas sucessivos momentos que negam o anterior e modificam aquele que escreve e que exige tudo de si e para si (BLANCHOT, 1997).

A relevância dada a um nome, aquele que escreve, modificou-se ao longo da história. Durante a Idade Média a autoria de um texto era de suma importância. Era preciso conhecer quem escrevia algo para poder puni-lo ou não, de acordo com o tolerável, a autoria era um indicador de verdade. Com o início da idade moderna, o sujeito passa a ser menos importante frente à capacidade de reprodução de um experimento, de uma técnica ou algo do gênero.

Mais interessante do que saber quem elaborou algo é conseguir comprovar sua veracidade (FOUCAULT, 2003b).

No contemporâneo tomamos a linguagem como instituidora das coisas e livre do sujeito transcendental. Nesse sentido, a escrita pode ser tomada como neutra, “um compósito oblíquo para onde foge o nosso sujeito, o preto-e-branco aonde vem perder-se toda a identidade, a começar precisamente pelo corpo que escreve” (BARTHES, 2004, p.1).

Outro importante limitador do discurso é a disciplina. Ela sustenta-se não de um conglomerado de ditos, de regras e verdades, mas na sua radicalidade, em um sistema de semelhantes, por meio da disposição de uma série de técnicas e estratégias aceitas em um momento histórico (FOUCAULT, 2003b). O discurso inserido em uma disciplina está diretamente ligado a horizontes teóricos e a jogos de interesses que garantem sua circulação e que permitem sua legitimação junto a um campo de saber. Dessa forma, a verdade contida em uma proposição, sustentada pelo status daquele que fala, de um lugar de poder, favorece o atravessamento da disciplina em determinados discursos e vice-versa. Assim, “a disciplina é um princípio de controle da produção do discurso. Ela lhe fixa os limites pelo jogo de uma identidade que tem a forma de uma reatualização permanente de regras” (FOUCAULT, 2003b, p. 36).

Um último, e não menos importante, limitador do discurso a que Foucault se refere é a rarefação, que seleciona e define aqueles que atendem a certas condições para entrar e proferir um discurso.

Ninguém entrará na ordem do discurso se não satisfizer a certas exigências ou se não for, de início, qualificado para fazê-lo. Mais precisamente: nem todas as regiões do discurso são igualmente abertas e penetráveis; algumas são altamente proibidas (diferenciadas e diferenciantes), enquanto outras parecem quase abertas a todos os ventos eostas, sem restrição prévias, à disposição de cada sujeito que fala (FOUCAULT, 2003b, p. 37).

Por meio de articulações e preparação daqueles que falam é possível restringir a palavra e o poder conferido a um discurso. Alguns exemplos de como isso é possível se dão pelos processos de ritualização da palavra, as sociedades de discurso, os grupos doutrinários e as apropriações sociais (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013). A ritualização da palavra acontece por meio dos jogos e das tramas daquele que fala, o modo como questiona, o tom de sua voz, seus gestos, comportamentos e a conjuntura pessoal do orador. Por exemplo, ao olharmos as reportagens sobre o final da vida nas revistas propostas nesse trabalho, encontramos médicos autorizados a falar que utilizaram determinada linguagem, objetos e

vestimentas em comum, como o estetoscópio e o jaleco, que lhes dão autoridade para enunciar o discurso científico. As sociedades de discurso são grupos fechados que controlam, limitam, conservam e restringem a produção e circulação de discursos em espaços particulares. Alguns grupos como os maçons são exemplos dessas sociedades e não muito distante, podemos ver operar as sociedades de discurso nos conselhos profissionais que delimitam os padrões a serem seguidos e os segredos técnicos que devem ser mantidos. Os grupos doutrinários são inversos às sociedades de discurso, pois ao invés de limitar o acesso a um texto, buscam sua divulgação de forma que o maior número de sujeitos sejam atravessados pelo mesmo. Além do reconhecimento das mesmas verdades e sua aceitação “a pertença doutrinária questiona ao mesmo tempo o enunciado e o sujeito que fala, e um através do outro” (FOUCAULT, 2003b, p. 42). Exemplos de grupos doutrinários são as igrejas, os discursos revolucionários, entre outros. Por fim, as apropriações sociais tratam daquilo que podemos ter acesso a partir da educação, propiciadas pelas lutas sociais ao longo dos séculos que modificaram o modo como acessamos os discursos. Essas modificações facilitaram o acesso dos sujeitos aos ditos e escritos por meio da circulação dos livros e da escola, daquilo que por muito tempo restringiu-se a determinados níveis de poder e de saber (FOUCAULT, 2003b).

Até aqui delimitarei algumas noções sobre o discurso enquanto ferramenta teórica e metodológica que norteiam os procedimentos de análise na perspectiva foucaultiana. Identificar como operam os procedimentos de exclusão possibilita o reconhecimento dos discursos sobre morte que tem sido enunciados em detrimento de outros. Entendo que, a partir da conjuntura daquilo que é dito e favorecido pelas contingências de uma época é possível capturarmos a raridade, os enunciados configurados em torno do modo como morremos hoje.

O conceito de enunciado para Foucault está para além das práticas de enunciação, dos atos de fala e das frases. Ele não é proposição, pois “uma mesma sentença, com o mesmo sentido, pode representar diferentes enunciados” (DREYFUS; RABINOW, 2010, p. 58). Não pode ser uma frase por si só, pois não se reduz as estruturas gramaticais e aos jogos de sintaxe, tampouco pode ser considerado uma enunciação, visto que limitaríamos sua função ao ato de falar, de pronunciar algo. Nessa perspectiva teórica, enunciado nos remete a escavarmos na história, adentrando, desmontando e remontando acontecimentos que, não estando em uma linearidade, dispersaram-se, confluem-se e possibilitam certas práticas em torno dos corpos (DREYFUS; RABINOW, 2010).

Foucault não está interessado nas análises dos atos cotidianos em torno do discurso, como ocorre em outras vertentes analíticas, como a Análise Etnometodológica de Conversa (GARCEZ, 2008). Entretanto, é inegável a função da língua para a existência do enunciado, e o contrário também é válido, de forma que, “se não houvessem enunciados, a língua não existiria, mas nenhum enunciado é indispensável à existência da língua. A língua só existe a título de sistema de construção para enunciados possíveis; mas, por outro lado, ela só existe a título de descrição obtida a partir de um conjunto de enunciados reais” (FOUCAULT, 2008b, p. 96).

Para compreendermos a formação de um enunciado é necessário atentar para o modo como isso ocorre, questionando o status de quem fala, os lugares de onde os discursos são emitidos e as posições de sujeito daqueles que falam. Como visto anteriormente, o status que determinado sujeito ocupa na sociedade, garante ou não o direito de falar sobre determinado assunto, legitimando seu poder de intervenção e decisão que são reconhecidos e operam no funcionamento da conjuntura social. O local de onde se fala assegura que um discurso possa ser emitido com certa frequência. Permite o reconhecimento, a observação e a intervenção, a partir da hierarquia que oportuniza a circulação e instituição de verdades sobre as mais variadas práticas (FOUCAULT, 2008b). Ao tratarmos da formação dos enunciados não abordamos o sujeito que pensa e conhece aquilo que fala, mas desmontamos as estruturas que provocam a ruptura, a descontinuidade e a dispersão do sujeito, que resultam no reconhecimento de que “não é nem pelo recurso a um sujeito transcendental nem pelo recurso a uma subjetividade psicológica que se deve definir o regime de suas enunciações” (FOUCAULT, 2008b, p. 68).

Ao evocar a função histórica, relacional e dispersiva do enunciado, descrevendo daquilo que ele não trata, podemos pensar que

O enunciado não é, pois, uma estrutura; é uma função de existência que pertence, exclusivamente, aos signos, e a partir da qual se pode decidir, em seguida, pela análise ou pela intuição, se eles “fazem sentido” ou não, segundo que regra se sucedem ou se justapõem, de que são signos, e de que espécie de ato se encontra realizado por sua formulação (FOUCAULT, 2008b, p. 98).

Vale lembrar que ao desenvolver o trabalho do arqueólogo não se pretende encontrar a realidade, muito menos descobrir o que tornou possível que tal evento ocorresse. A relação não se restringe aos aspectos sociais ou econômicos, mas parte do princípio de que a conjuntura das circunstâncias, e não os fatos isolados, possibilitam que um enunciado possa

ser formado. É necessário a descrição minuciosa dos fatos, os detalhes, para que seja possível reconhecer como um objeto discursivo, como a morte, tenha entrado em questão em determinado momento, que leis puderam reger seu aparecimento, que interdições, limitações foram postas em jogo para que algumas práticas fossem suspensas e outras não. Foucault propõe observarmos alguns pontos ao analisarmos a formação das discursividades, como as condições de aparecimento de um objeto de discurso, as relações entre instituições, relações primárias e secundárias e relações discursivas, que determinam o aparecimento de campos de saber e de intervenções diretamente ligadas ao poder sobre os corpos, a fim de auxiliar na condução e formação dos sujeitos (FOUCAULT, 2008b).

Na análise enunciativa ou de discurso “abre-se um espaço articulado de descrições possíveis: sistemas de relações primárias ou reais, sistema das relações secundárias ou reflexivas, e sistema das relações que podem ser chamadas propriamente de discursivas” (FOUCAULT, 2008b, p. 51). Nesse jogo não é possível separarmos relações de saber de práticas institucionais, que envolvem relações de poder e que não se dissociam da produção do sujeito no social. Para conhecermos a constituição do sujeito, as posições que ele é chamado a ocupar ou também a constituição de um objeto discursivo em qualquer época, precisamos fazer uma descrição minuciosa das relações de poder, das táticas, das estratégias e seus procedimentos (MEYER, DAGMAR ESTERMAN; PARAÍSO, MARLUCY, 2012).

Neste estudo, o poder, além de ferramenta de análise, é referência teórica para a discussão em torno dos novos modos de morrer. Em minhas análises, articulo essa noção fazendo aparecer as lutas, as forças que tornam possíveis determinados discursos receberem o status de verdadeiro enquanto outros não. Que práticas institucionais tem sido dispostas para fazer operar uma governamentalidade em torno da morte? De que lugar de poder são enunciados os discursos? Que sujeitos estão autorizados a falar nessa trama? Essas inquietações norteiam a leitura e análise dos materiais, para os quais olhei com lentes problematizadoras propostas por Foucault, de quem tomo a noção de poder para discutir o lugar das pedagogias midiáticas.

Na obra “*Em defesa da sociedade*” Foucault faz uma análise do poder apresentando os pontos em que sua concepção se distancia de outras perspectivas, como a marxista. O autor delimita o campo que tornou possível olhar de outro modo para as relações de poder. Partindo da vida dos homens infames, dos saberes desqualificados, ingênuos, inferiores, ou como ele

chama, os saberes sujeitados, foi possível traçar as dizibilidades e as visibilidades das relações de poder, que não situavam-se em um lugar, mas estavam dispersas, multiplicadas e infiltradas por todo o corpo social (FOUCAULT, 1999). Sob essa perspectiva, foi possível modificar a compreensão dos modos como o poder opera e se infiltra nas relações, corroborando com a instauração de determinado “status” para os discursos que são postos em voga.

O poder está em tudo. Ele circula, não está em um ponto ou nas mãos de um sujeito, muito menos é efeito unicamente da vontade dele, o poder atua e se atualiza em relações que são possibilitadas pelas condições históricas de uma época que o fazem circular e que, por meio dele, também são efetuadas. Nessa perspectiva, Foucault (2011, p. 4) explica que

Os mecanismos de poder são parte intrínseca de todas as relações, são circularmente o efeito e causa delas, mesmo que, é claro, entre os diferentes mecanismos de poder que podemos encontrar nas relações de produção, nas relações familiares, nas relações sexuais, seja possível encontrar coordenações laterais, subordinações hierárquicas, isomorfismos, identidades ou analogias técnicas, efeitos encadeados que permitem percorrer de uma maneira ao mesmo tempo lógica, coerente e válida o conjunto dos mecanismos de poder e apreendê-los no que podem ter de específico num momento dado, durante um período dado, num campo dado (FOUCAULT 2011, p. 4).

Essa apreensão de poder acompanha um tipo de racionalidade que atua para governar os corpos por meio da conjuntura de discursos que modulam comportamentos e conduzem condutas: a biopolítica (FOUCAULT, 2008b). É na perspectiva da biopolítica que delimitarei minhas análises, que olhei para os discursos sobre a morte que circulam na mídia. Nessa racionalidade, reduzem-se as ações que incidem diretamente sobre os corpos, tornando cada indivíduo o responsável pelo cuidado de si, minimizando as intervenções do Estado na vida dos sujeitos. Isso não quer dizer que o Estado não atue sobre as coletividades. Pelo contrário, nessa lógica governa-se mais, porém, de forma sutil, articulada e pontual sobre os problemas relativos ao nascimento, às doenças e à morte das populações (FOUCAULT, 2008b).

A biopolítica preocupa-se com o fazer viver dos sujeitos, incidindo sobre as práticas corporais, sociais, econômicas, de forma que a conjuntura do individual impacta no coletivo. Exemplo disso são as políticas públicas de saúde. Elas são planejadas para a população, se efetuam por meio da ação individual e buscam reduzir doenças, promover saúde e produtividade na vida. Esse modelo diferencia-se do poder soberano exercido no século XVIII, em que o poder de morte garantia o governo e o controle sobre o corpo e a alma. Se antes era preciso fazer morrer e deixar viver, com o biopoder e a instauração da biopolítica, a lógica inverte e agora é preciso fazer viver e deixar morrer (FOUCAULT, 2010). Podemos

considerar que “o conceito de biopoder serve para trazer a tona um campo composto por tentativas mais ou menos racionalizadas de intervir sobre a existência humana” (RABINOW; ROSE, 2006, p. 24).

A noção de biopolítica, no decorrer das últimas décadas, tem sido abordada de diferentes modos, distanciando-se da proposta de Foucault para o termo. Alguns autores como Antônio Negri e Giorgio Agamben têm utilizado o biopoder num sentido de excesso de poder, de dominação, apropriação de uns pelos outros no contemporâneo, sendo, segundo eles, o nazismo, e o modelo de competitividade, um efeito desse excesso de investimento sobre a vida e a produtividade (RABINOW; ROSE, 2006). Nikolas Rose e Paul Rabinow questionam a utilização desse termo, com sentido neomarxista, e expõem algumas características do biopoder e da biopolítica. Os autores pontuam alguns elementos que devem ser tomados como pressupostos para o entendimento dessas noções, a citar: um conjunto de discursos de verdade enunciados por sujeitos autorizados a falar de lugares de poder e que põe em relação aspectos biológicos e culturais entre outros; estratégias sobre o coletivo, não necessariamente restritos a uma área delimitada, mas que interfiram nos dados relativos a vida e a morte, levando em consideração variáveis como sexo, idade, cor e renda; modos de subjetivação que modulam o comportamento, os hábitos, o estilo de vida, e as condutas de forma geral. Por meio de técnicas sobre si, o sujeito vai se constituindo por meio dos discursos que ganham ou não status de verdade e interferem nas práticas de saúde, culturais e educacionais (RABINOW; ROSE, 2006).

Esses pressupostos englobam procedimentos que circunscrevem tanto a constituição das práticas do Estado para assegurar a organização social e suas potencialidades, como também favorecem o atravessamento dos sujeitos pelos discursos produzidos por essas estratégias. As formas de governo dos sujeitos atendem às lógicas relacionadas às urgências de uma época. Por exemplo, durante a Idade Média, a utilização da confissão, o papel do pastor, a conjuntura feudal, favoreceram uma racionalidade de governo baseada no pastorado, no conhecimento dos sujeitos e na correção daquilo que se desviava dos padrões religiosos e morais da época. Na biopolítica observamos uma racionalidade que atende, inicialmente ao liberalismo e, nas últimas décadas ao neoliberalismo. Na lógica atual, a relação entre Estado, religião, sistema jurídico, de saúde, educacional e econômico se atrelam e operam para o favorecimento das técnicas de governo. Traço esses paralelos para situar a importância das formas de governamentalidade nos diferentes contextos históricos e para mostrar o quanto

eles se engendram para manter a ordem, tão necessária para a estruturação das sociedades (BAUMAN, 2012; GADELHA, 2009).

Por meio das estratégias da governamentalidade busca-se primordialmente conduzir os sujeitos. Essa condução se dá em relação à saúde, educação, comportamentos e também, como veremos neste trabalho, nas decisões em torno do processo de morrer. O termo condução usado por Foucault no curso *Segurança, território e população* faz referência a estratégias adotadas para guiar os sujeitos. Utilizo a palavra guiar, justamente por essa ação ter suas primeiras implicações na lógica do pastorado, onde o pastor conduzia os sujeitos, e era responsável por guiá-los rumo à salvação e absolvição dos pecados (FOUCAULT, 2008c). “A conduta é, de fato, a condução, se vocês quiserem, mas é também a maneira como uma pessoa se conduz, a maneira como se deixa conduzir, a maneira como é conduzida e como, afinal de contas, ela se comporta sob o efeito de uma conduta que seria ato de conduta ou de condução” (FOUCAULT, 2008c, p. 255). Para conduzir os sujeitos é preciso conhecê-los, especialmente pela técnica da confissão. Assim, se estabelece um território fértil para o exercício do governo, ou seja, para a articulação das táticas, dos saberes, das intervenções e para a construção de instrumentos que conduzam e avaliam a população (GADELHA, 2009).

O ato de governar é a finalidade da racionalidade neoliberal. A condução no que tange à vida e à morte, no plano coletivo e individual, é a base da governamentalidade. Governar pode ter vários sentidos: moral, religioso ou político. Com base na semântica, governar pode ser a condução de alguém, pelo governo de sua alma, ou pode ser a imposição de uma verdade ou de regras. Significa em última instância: relação de barganha, dependência e por vezes dominação, mas acima de tudo, significa relações de poder postas em jogo no plano das situações familiares, sociais, de uns com os outros e do sujeito consigo mesmo (FOUCAULT, 2008c).

Vemos que a palavra “governar”, antes de adquirir seu sentido propriamente político a partir do século XVI, abrange um vastíssimo domínio semântico que se refere ao deslocamento no espaço, ao movimento, que se refere à subsistência material, à alimentação, que se refere aos cuidados que se podem dispensar a um indivíduo e à cura que se pode lhe dar, que se refere também ao exercício de um mando, de uma atividade prescrita, ao mesmo tempo incessante, zelosa, ativa e sempre benévola. Refere-se ao controle que se pode exercer sobre si mesmo e sobre os outros, sobre seu corpo, mas também sobre sua alma e sua maneira de agir. E, enfim, refere-se a um comércio, a um processo circular ou a um processo de troca que passa de um indivíduo ao outro (FOUCAULT, 2008c, p. 164).

A governamentalidade, essa forma específica de governar os sujeitos, trata de tudo isso que até agora venho discutindo e que perpassa os discursos sobre a morte no contemporâneo. Morrer, nos dias atuais, está diretamente atrelado a essas condições que venho trazendo e que será demonstrado no próximo capítulo, em minhas análises. Percebo que a contingência histórica que apresentei, perpassando pelas formas de governo da morte, centrada no corpo, acompanhando as diferentes racionalidades de governo, produziram diferentes maneiras de encararmos o final da vida. No último século, com a emergência da mídia é possível vermos os efeitos das relações entre a racionalidade neoliberal e as estratégias biopolíticas. Observo ainda, a invenção de novas pedagogias que ensinam como devemos cuidar da saúde, da educação, da segurança e da própria morte. Constituem-se, por meio de discursos que possuem vontade de verdade, enunciados que produzem e atualizam as práticas em torno do morrer, tanto no sentido da coletividade como no plano individual. São as tramas de poder/saber que circulam lançando novas táticas para organizar os eventos em torno da vida e da morte.

4 ELES QUEREM AJUDA PARA MORRER

Figura 6- Eles querem ajuda para morrer



Fonte: Veja, 28 abr. 2010

Medo. Alegria. Tristeza. Sofrimento. Esses são alguns dos sentimentos que aparecem nas páginas das revistas quando estas se referem ao final da vida. Medo de morrer. Alegria por estar junto da família. Tristeza pelo momento experienciado. Sofrimento pela dor, pela perda, pelo fim. As imagens que circulam nas páginas das revistas nos convocam a olharmos para os sujeitos que morrem e nos dão pistas sobre como vivemos no contemporâneo. A morte deixa de ser um evento solitário, macabro e sóbrio, passando a fazer parte do cotidiano. É mais um dos momentos da vida em que precisamos da ajuda de outros, agora para morrer. As imagens que apresento a seguir atuam como disparadores para a discussão dos meus dados. A ordem em que as disponho não reflete um grau hierárquico de importância. Na Figura 7, retirada da revista *Época*, observamos um senhor, homem branco, de aparência cansada. Em seus olhos, entreabertos (pela dor? Pela magreza? pelo avanço da doença?), é possível enxergar o reflexo do mundo em sua volta, uma cama em uma enfermaria hospitalar. Mais adiante, veremos que não é uma enfermaria qualquer, mas um local onde se desenvolve a filosofia dos Cuidados Paliativos. Isso é importante de ser antecipado, visto a tranquilidade que encontramos na face do homem. Percebe-se que, apesar de utilizar sonda nasogástrica, provavelmente uma medida paliativa para o desconforto gástrico, sua expressão denota serenidade. As marcas em seu rosto direcionam para um sorriso, um semblante de paz, de quem vai morrer sereno, de quem ainda parece estar cheio de vida. Os cabelos brancos na barba e na sobrancelha destacam sua condição de adulto envelhecido. Na Figura 8, observamos uma mulher, branca, de aparência saudável, com expressão de tristeza, denotada pelas curvaturas em torno da boca que se direcionam para baixo. Na testa franzida e na região periocular, nota-se as marcas que o tempo desenhou em sua pele. Os olhos fixos parecem reflexivos, ao mesmo tempo em que sua curvatura, inclinada para frente, demonstra bravura, determinação e destemor em manter-se ou prosseguir. Os adereços nas orelhas e no pescoço, assim como os cabelos bem aparados, dizem-nos que existe a preocupação com o corpo, com a aparência e o bem-estar físico, apesar da situação de apreensão.

Figura 7- Vivendo a morte



Fonte: Época, 18 ago. 2008, p. 56. Créditos: Marcelo Min

Figura 8-Sem tempo



Fonte: Época, 18 ago de 2008, p.65. Créditos: Marcelo Min

Na Figura 8, o domicílio está presente por meio das paredes e do muro da casa da mulher. A bolsa em que ela carrega os frascos dos drenos dá a dimensão de sua singularidade, visto que os frascos não são carregados em qualquer bolsa, mas em um acessório colorido, cor de rosa, com imagens de princesas. Essas descrições nos apontam a constituição dos sujeitos que morrem no contemporâneo, dão indícios sobre o modo como os sujeitos cuidam de si durante a vida. Na Figura 9, que apresento a seguir, a ideia é apresentar o pedido de socorro, de ajuda para morrer. A imagem da mão desligando uma tomada branca, cor que simboliza a paz, aponta a possibilidade de encerramento da vida. A tomada está relacionada com algum aparelho indispensável para a manutenção das funções vitais, significada pelos traços do eletrocardiograma em relevo. O traçado do eletrocardiograma se associa ao movimento do pulsar do coração no traçado inicial que se torna isoeletrico representando o cessar da pulsação e o fim da vida. Ao desligar aquilo que mantém a vida, seria possível encontrar a morte, o descanso, representado pelo fundo escuro da imagem. Entre esse jogo do claro e escuro, destaco a função da mão na imagem: ela é fundamental para que isto aconteça. Por meio da mão é possível desligar o aparelho ou mantê-lo ligado. Ao mesmo tempo, a mão nos remete à ação, ao movimento que alguém faz. Nesse caso, não é possível saber de quem é a mão: se é de algum profissional de saúde ou de algum sujeito que pede ajuda para desligar o aparelho e morrer. De qualquer forma, a mão traz à tona, novamente, a questão da singularidade, da individualização do ato de decidir sobre o fim.

Figura 9- Ajuda-me a morrer. Créditos: Shutterstock



Fonte: Época, 25 set. 2012

Assumo o enunciado da individualização dos sujeitos como central em meu estudo. Enunciado a partir do qual desdobrei minhas análises e com o qual encontro outros enunciados relacionados, a citar: o da taxonomia, da domesticação, da opressão, da medicalização e da judicialização. Essa noção de individualização está relacionada com uma forma de trabalho imaterial dos sujeitos sobre si e com práticas de cuidado que abarcam um conjunto de ações de cada um sobre seu corpo, seu pensamento e sua alma (FOUCAULT, 2004; LAZZARATO; NEGRI, 2001). Percebo que o enunciado da individualização dos sujeitos nos convoca a sermos independentes, a nos cuidarmos, a nos governarmos. Convoca-nos a sermos profissionais capazes de se adequarem às mais diferentes situações e às exigências que o modelo neoliberal nos coloca. Convida-nos a sermos flexíveis, a sermos responsáveis por nós mesmos, por aquilo que nos acontece. Esse enunciado circula nos discursos que apresentarei neste capítulo, nas imagens, nas falas dos sujeitos em processo de morrer, dos profissionais de saúde e dos religiosos (padres, rabinos, entre outros). Somos capturados pelo enunciado da individualização que nos torna responsáveis pela nossa morte, ou pelo menos nos convida a participar diretamente das decisões acerca do final da vida. As imagens das capas da revista *Veja*, que abriram esta dissertação e este capítulo, descrevem um sujeito que quer ser detentor da decisão sobre sua morte. Mas também descrevem um sujeito que pede ajuda para morrer. Assim, pode-se pensar: como é possível retomar, das mãos de religiosos e de profissionais de saúde, o direito de decidir sobre como morrer? Para tecer minhas análises, olhei para a discursividade sobre a morte nas revistas, adotando como critério “a insistência, a repetição e a regularidade” (SCHWENGBER, 2006, p. 53) dos enunciados em suas páginas, que configuram um currículo em torno do final da vida. Utilizei imagens na abertura deste capítulo e nas minhas discussões para instigar o debate, porque acredito que as imagens capturam nosso olhar e nos fazem pensar. Neste trabalho, não analisei especificamente as fotos que circulam nas revistas. Utilizo as imagens como um importante recurso disposto pela mídia para produzir sentidos agregado ao texto escrito. Assim como Rocha (2005, p. 162), “considero o 'texto escrito' como o principal elemento articulador de verdades e é a partir dele que os outros elementos - incluindo o 'texto visual'- serão analisados”. As imagens não têm uma conceituação específica, e “embora nem sempre remetam ao visível, tomam alguns traços emprestados do visual e, de qualquer modo, dependem da produção de um sujeito: imaginária ou concreta, a imagem passa por alguém

que a produz ou a reconhece” (JOLY, 2012, p. 13). Dessa forma, o modo como somos constituídos, o contexto histórico, social e cultural em que estamos inseridos irá construir as representações que fazemos de uma imagem. Apesar disso, é importante destacar que a etimologia da palavra imagem está ligada à morte, aos rituais fúnebres, o que aproxima ainda mais a utilização que faço desse recurso em minhas análises. Justifico a importância de recorrermos às imagens por meio da fala de Joly (2012, p. 18-19):

Um dos sentidos de *imago* em latim, etimologia de nosso termo “imagem”, designa a máscara mortuária usada nos funerais na Antiguidade romana. Essa acepção vincula a imagem, que pode também ser o espectro ou a alma do morto, não só a morte, mas também a toda história da arte e dos ritos funerários. Presente na origem da escrita, das religiões, da arte e do culto dos mortos, a imagem também é um núcleo da reflexão filosófica desde a Antiguidade. [...] Imitadora, para um, ela engana, para outro educa. Desvia da verdade ou, ao contrário, leva ao conhecimento (JOLY, 2012, p. 18-19).

As revistas operam colocando em funcionamento e em circulação os discursos que têm inscrição histórica e atendem a uma racionalidade em que é preciso a menor intervenção do Estado e a maior atuação dos sujeitos sobre si. Para além do discurso de que os Cuidados Paliativos ou a decisão sobre morrer em casa significa primeiramente a redução de custos, proporei, nas próximas três unidades analíticas, discutir a instauração midiática de uma pedagogia do final da vida. Nessa lógica, aprende-se como morrer, como fazer um testamento vital e conceitos em torno da morte, como a eutanásia e a ortotanásia. Somos aproximados das cenas do processo de morrer e da morte, por meio das narrativas daqueles que já passaram por esse momento. A morte é classificada pelas revistas como a que foi boa ou ruim, a que deu certo ou errado. Para que essa pedagogia do final da vida opere é necessário articular diferentes enunciados que compõem os discursos. Esses se entrecruzam e a partir dos acontecimentos históricos, dos saberes e das relações de poder, vão tentando configurar uma morte governada por aquele que morre. Um sujeito que é convocado a agir, a se colocar em ação, em movimento. Tal fato pode ser denotado pelos próprios sufixos que compõem os enunciados que isolei neste trabalho (da taxonomia, da domesticação, da opressão, da medicalização e da judicialização). Nas unidades analíticas que apresentarei a seguir, demonstrarei como isso vai se delimitando e constituindo sujeitos e práticas frente à morte.

4.1 Planejando a vida e a morte: decida o seu fim!

Segundo estatísticas, somente 10% dos pacientes terminais se conformam com a própria situação e tomam providências adequadas para a fase final da vida (Veja, 2005, p. 93).

O trecho que inicia esta unidade aponta dois aspectos interessantes para análise neste momento: a necessidade de planejamento do final da vida e a utilização da estatística e dos números para justificar um problema ou uma situação que necessita de intervenção para conduzir as condutas. Ao analisar as revistas, identifiquei um jeito muito específico e delimitado de transmitir as informações: uma linguagem próxima da compreensão daqueles que as leem. Os números, símbolos de porcentagem, sinais de adição e subtração concedem legitimidade para aquilo que é posto em circulação, ao mesmo tempo em que fazem parte das táticas de biopolítica para racionalizar o governo das condutas, por meio da apreensão dos dados referentes à população (FOUCAULT, 2008a). As imagens capturam os sujeitos, aproximando-os de situações do cotidiano que eles talvez experimentem. É por essa estratégia que, em um primeiro momento, identifiquei o modo como as revistas nos mostram os sujeitos que morrem. Que sujeitos são esses? Em que estado de saúde se encontram? Como são apresentados? Essas são algumas das perguntas que fiz ao analisar meu material empírico e que ajudaram a descrever os adultos velhos que as revistas trazem em suas páginas. Observo que os sujeitos em processo de morrer são descritos com a finalidade de dar visibilidade aos leitores sobre aquilo que poderá ser experimentado por cada um em algum momento da vida. Os sujeitos moribundos são tidos como aqueles pelos quais não há mais nada a fazer, que estão em degradação física e progressiva perda dos sentidos, como exemplificam os excertos a seguir:

Os doentes sem chances de cura são reduzidos a uma sigla: “RHD”- “Regime Higiene Dietético”. Ou, como se diz nos hospitais, “banho e comida”. Na maioria dos hospitais públicos, falta dinheiro para arcar com o custo -sempre alto- de procedimentos que envolvem tecnologia de ponta e medicamentos importados (ÉPOCA, 15 ago. 2008, p. 62).

Os outros são despachados de volta pra casa, sem assistência, ou deixados num canto, sem que a equipe gaste tempo com eles. A lógica é a mesma: se não há como curar, então a medicina nada pode fazer (ÉPOCA, 15 ago. 2008, p. 62).

Pacientes terminais, segundo a definição de duas dezenas de médicos ouvidos por VEJA para esta reportagem, são os que têm doenças incuráveis e fatais, com expectativa de vida de três a seis meses (VEJA, 9 nov. 2005, p. 97).

As descrições dos sujeitos nos remetem a uma condição da qual não é possível escapar e para a qual é preciso olhar com atenção. Historicamente, o moribundo foi deixado de lado nos hospitais e nos domicílios, sendo renegado ao abandono (ELIAS, 2001). Com o advento das tecnologias e o investimento sobre a vida no século XVIII, essa situação se intensificou, atravessando os modos de morrer nos dias atuais. As revistas nos apresentam e caracterizam os doentes que podem ser classificados como “terminais”. Assinalo uma possível presença do enunciado da taxonomia do processo de morrer. Da mesma forma que foi necessário nomear o louco, o delinquente, o anormal, possivelmente estamos encaminhando-nos para uma classificação do moribundo. Partindo dessa identificação, é possível enquadrá-lo em determinados procedimentos e discursos que passam a modular as práticas que adotaremos em relação ao final da vida. O ato de nomear e classificar data do século XVII, e, sobretudo a partir do XVIII, com os procedimentos cartesianos, começou-se a buscar “um certo número de causas e várias manifestações essenciais” (FOUCAULT, 2007a, p. 171) para um evento, a partir do qual é possível tornar o corpo alvo da investigação e intervenção de diferentes saberes, especialmente o científico.

Reconhece-se um moribundo pelo seu estado de degradação. O câncer é a doença que simboliza a finitude nos manuscritos por meio de sinais e sintomas como a fadiga, a magreza, a falta de responsividade, a decadência física. As revistas, ao fazerem circular esses discursos, favorecem a classificação e o reconhecimento de nós mesmos e dos outros no momento da morte. Pelas características dispostas nos manuais de saúde, nos artigos científicos e no discurso dos médicos autorizados a falar nas entrevistas concedidas, passamos a identificar quem são os pacientes “terminais”. Dessa forma, traduz-se o conhecimento técnico para os leigos, leitores das revistas. Os procedimentos de classificação

“têm por finalidade determinar o caráter que agrupa os indivíduos e as espécies em unidades gerais, que distingue essas unidades umas das outras e que lhes permite enfim se encaixarem de maneira a formar um quadro em que todos os indivíduos e todos os grupos, conhecidos ou desconhecidos, poderão encontrar seu lugar” (FOUCAULT, 2007a, p. 310).

Essas regras de classificação predominam na área médica e de enfermagem, elas são tão antigas quanto o nascimento dessas clínicas. Elas produzem uma lógica de cuidados e de cura atrelada à necessidade de se definir uma patologia ou um quadro nosológico para que a partir de então, seja possível planejar o que será feito com o doente (KRUSE, 2003). Para exemplificar essa forma de classificação, trago a imagem que circula na capa da revista *Veja* de 2005. Nela se discute o resgate da humanização no processo de morrer e chama-se os sujeitos para decidirem o fim de suas vidas. Observamos uma mulher, sem cabelos, de aparência pálida, olhos fundos e rosto com formato característico dos pacientes em tratamento oncológico (efeitos de usos de quimioterápicos, face arredondada pelo uso de corticoides, etc.). O fundo preto da capa denota a aproximação do fim frente à vida que ainda se esboça pela luz que está sobre a mulher e o mundo que ela carrega consigo. A imagem faz aparecer um mundo de esperança, de sonhos e de desejos mesmo quando se está no final da vida.

Figura 10- Capa da Revista Veja



Fonte: Veja, 9 nov. 2005

Ela destaca a face que será (re) apresentada no decorrer das reportagens. Chamo a atenção para a presença de imagens com as mulheres quando se trata de mostrar pessoas doentes. Historicamente, é notória a preocupação com o corpo feminino e o processo saúde/doença. Um exemplo disso é que, no Brasil, só a partir de 2008 foi lançada uma política pública que se preocupasse com a saúde dos homens. Segundo Lupton (2000), nos estudos sociológicos são identificados mais trabalhos com o corpo feminino do que com o masculino. Os homens, quando aparecem, geralmente são representados como *experts* ou médicos: caso contrário, haverá mulheres e suas narrativas. Tal fato pode ser atribuído pela menor visibilidade das representações culturais do corpo masculino na mídia. Observo que os sujeitos moribundos não são representados com expressão de tristeza. Ao contrário, parecem estar tranquilos por poderem decidir o que farão no final da vida. Pode ser uma viagem ou estar junto dos familiares: poder decidir sobre como se quer morrer significa segurança e é essa segurança que a revista transmite por meio das imagens que faz circular. A partir de uma classificação organizada sobre os moribundos, é possível apresentar alternativas possíveis quando não existe mais a perspectiva da cura. Delineia-se um quadro, formulam-se manuais e consensos sobre os sinais e sintomas que esses sujeitos apresentam e, assim, “cada segmento visível adquire um valor significativo e o quadro tem, no conhecimento clínico, uma função de análise” (FOUCAULT, 2004a, p. 204).

As pessoas que estão no final da vida experimentam situações diferenciadas em função dos padrões econômicos nos quais estão inseridas. Assim, o poder econômico é uma forma de classificá-las e de definir os investimentos necessários. Os discursos apontam as disparidades entre aqueles que possuem melhores condições financeiras e aqueles que não as possuem. São reconhecidos os atravessamentos dos discursos da economia atrelados ao potencial de vida. Essa situação, por um lado, gera o conforto de que tudo está sendo feito para alguns, ao mesmo tempo que prolonga o investimento em pessoas que já estão fora de possibilidade de cura. Tal situação provoca a emergência de dilemas éticos nas relações entre os profissionais de saúde, especialmente o médico, e os sujeitos em processo de morrer e suas famílias. Esses dilemas foram potencializados a partir de 1960, quando ocorreu a introdução de equipamentos e a construção das UTIs que vieram abrigar e tentar recuperar pessoas com risco de morte eminente (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009). Tal fato contribui com debates realizados ao longo dos anos 2000 em torno da morte, visto a fragilidade jurídica que se instala tanto para familiares e doentes quanto para o médico, que participa das decisões.

Na década de 1980, iniciou-se uma fase de (re)construção do sistema de saúde no Brasil. Se até então os atendimentos de saúde se restringiam àqueles que eram trabalhadores assalariados, com o “boom” das conferências internacionais de promoção da saúde (que produziram documentos como a Declaração de Alma Ata e a Carta de Ottawa), foi possível pactuar o direito à saúde para a população de maneira geral. No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde impulsionou a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, que passou a garantir a assistência de saúde aos cidadãos em todos os níveis de atenção de complexidade de saúde (FINKELMAN, 2002). Em meio a esse cenário destaco a ascensão da racionalidade neoliberal que, concomitante aos esforços de investimento no coletivo, fomenta o privado, o trabalho do indivíduo sobre si para obter seus retornos em torno de educação, trabalho e saúde. A partir da década de 1970, identificamos essas antíteses entre o investimento privado e o coletivo, em que a constituição dos sujeitos “não se determina mais a partir dos dados da relação capitalista, mas da ruptura com ela; não a partir do trabalho assalariado, mas da sua dissolução; não sob a base das figuras do trabalho, mas do não-trabalho” (LAZZARATO; NEGRI, 2001, p. 36). Por essa perspectiva, penso que o investimento tecnológico naqueles pacientes com melhores condições financeiras ou atrelados a um sistema de saúde passa por essa trama, por essas formações discursivas que vão configurando um cenário onde quem pode pagar recebe o investimento que deseja.

Quando é a família que está pagando o tratamento de um doente que não tem mais volta, os familiares dizem: “Doutor, deixe nas mãos de Deus. Só não queremos que ele sofra” [...] Quando é um plano de saúde que está bancando a internação, o que ouvimos é: “Doutor, faça tudo o que estiver ao seu alcance para mantê-lo vivo (Caio Rosenthal, infectologista e conselheiro do CFM- VEJA, 4 set. 2002, p.86).

Pelos discursos, reconhecemos a máxima do neoliberalismo em que o valor da vida, dos sentimentos e do apreço pode ser quantificado pelos recursos financeiros. A decisão sobre o investimento nos moribundos passa pelas condições de cada família. Se esta deve arcar com os serviços, deverá repensar sobre o prolongamento da vida, tendo em vista os onerosos gastos que tal situação pode implicar. Entretanto, quando se reporta ao investimento público ou mesmo privado, a decisão é outra. O dinheiro é do outro (Estado, Plano de Saúde), assim como a vida em questão é de outro, na qual se procura investir. Trata-se de uma lógica em

que, inicialmente, se pensa no dinheiro que a família ou um responsável possui e pode investir. Posteriormente, decide-se pela terapêutica ou se abdica das convicções e desejos de ter o familiar doente por perto, em função das perdas econômicas para os que ficam. Os critérios desse investimento na vida ou na morte se articulam com a taxonomia ou a classificação patológica dos doentes, visto que a organização classificatória “põe em jogo envolvimentos, subordinações, divisões e semelhanças” (FOUCAULT, 2004a, p. 3). Nota-se que esse investimento se mostra contraditório quando cabe ao sujeito ou à família arcar com essas condições. Ao nos remetermos às limitações econômicas no plano individual, é possível apreendermos o quão oneroso é para Estado ou rede privada manter os sujeitos fora de possibilidades terapêuticas, atrelados a equipamentos que prolongam o sofrimento e a vida. Nesse caso, as revistas vão apontando as desvantagens em termos políticos e governamentais que a terminalidade demanda. Para tal, são ouvidos médicos reconhecidos, de instituições que nos remetem a importantes locais de poder, como o Conselho Federal de Medicina, que legitimam o discurso proferido e autorizam as revistas a circular a noção de repúdio aos investimentos tecnológicos nos moribundos.

Há hospitais particulares em que os pacientes são levados a uma situação de sofrido prolongamento da vida por motivos econômicos. O paciente fica parecendo uma árvore de natal, tantos são os penduricalhos tecnológicos que são colocados (Flávio Monteiro de Barros Maciel, intensivista de um hospital municipal em São Paulo-VEJA, 4 set. 2002, p. 87).

Criam-se prisioneiros da tecnologia, entubados, ligados a fios e máquinas, que simplesmente não podem abandonar a vida (VEJA, 4 set. 2002, p.91).

Entre os anos 2000 e 2005, as revistas apontavam os dilemas éticos em torno do prolongar ou não a vida em casos de doenças fora de possibilidade de cura. Tal fato pode estar relacionado à judicialização da saúde e à criação de políticas públicas que irão estruturar a assistência no domicílio. A judicialização da saúde é um ponto interessante nessas discussões, que se mostra ao mesmo tempo favorável e desfavorável. Trata-se de um jogo de poder entre as instâncias jurídicas e o setor saúde no que se refere à tomada de decisões, como por exemplo, a obrigatoriedade de internações hospitalares a partir de intervenção de um juiz ou

as medidas adotadas em relação à eutanásia (NETO, 2007). Apesar de parecer novo, esse processo vem sendo estabelecido há muito tempo. Se observarmos as leis que asseguram o direito universal à saúde, como a Lei 8.080/90, percebemos o quanto o sistema jurídico se articula na tentativa de minimizar os riscos, potencializar a vida e reduzir as disparidades entre excluídos e incluídos, inclusive na saúde. A intervenção judiciária parte da necessidade do Estado de garantir a universalidade à saúde, ao lazer e ao emprego. Essa intervenção opera por meio de um sistema de in/exclusão que se instaura principalmente em função do público e do privado, e que parece classificatório na determinação de quem receberá ou não o direito de usufruir saúde e educação, por exemplo (OLIVEIRA, 2013). Esse sistema de exclusão é anterior às formas judiciárias. Constitui-se de processos que visam, historicamente, à separação e distribuição dos sujeitos. Classifica-se, observa-se, toma-se nota para promover o treinamento dos corpos e extrair desses a maior produtividade possível em diferentes setores sociais, garantindo, assim, a manutenção da condução dos sujeitos e a funcionalidade econômica do Estado. Nessa lógica, nasce o sistema jurídico que intervém para ser um mediador social, garantindo o cumprimento das normas dispostas pelo Estado e o estabelecimento da ordem e da racionalidade vigente (FOUCAULT, 2011).

Como uma opção para aqueles que não desejam prolongar o sofrimento no final da vida e que não podem fazer da morte uma opção imediata, a partir de 2005 cresce a menção dos Cuidados Paliativos. Nas revistas, indica-se essa filosofia como uma possibilidade de cuidado para os moribundos, além do direcionamento para o domicílio.

Pacientes terminais já conseguem obter em casa tratamentos paliativos que tornam a fase do final da vida menos traumática do que nas UTI's (VEJA, 9 set. 2005, p. 93).

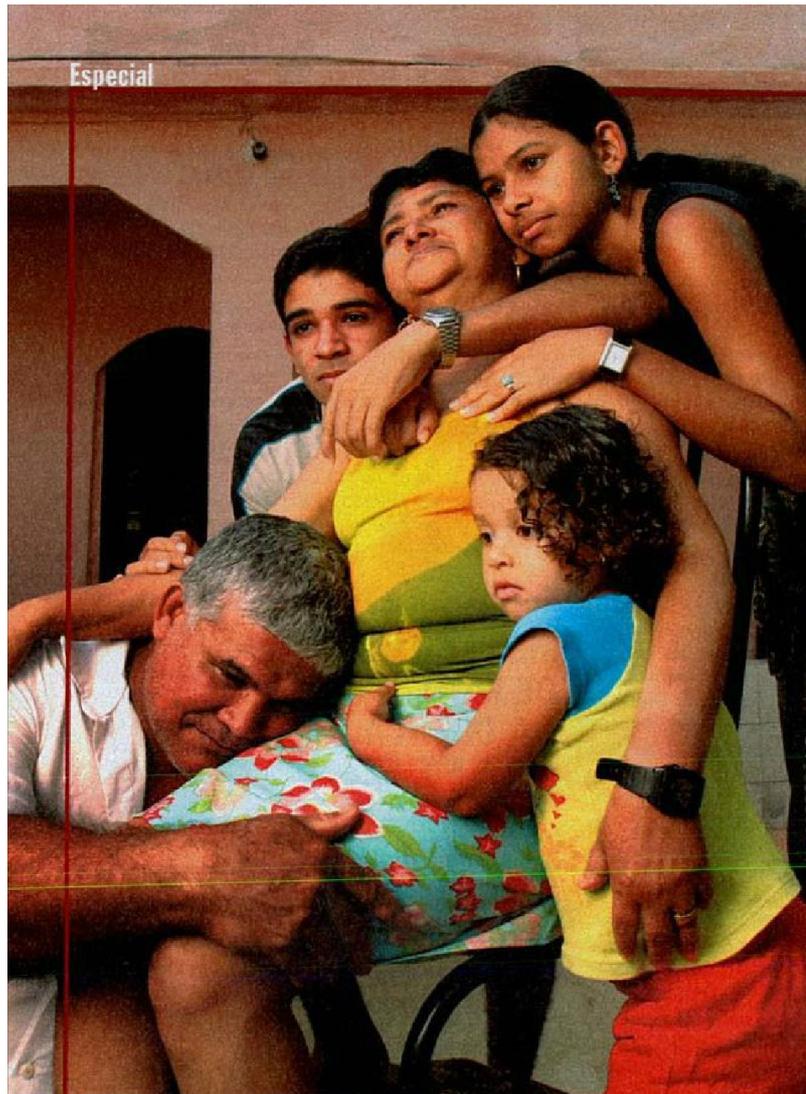
Há hoje no Brasil cerca de quarenta hospitais e clínicas que mantêm centro de Cuidados Paliativos. Eles estão até mesmo no caótico serviço do SUS (VEJA, 9 set. 2005, p. 97).

Uma nova disciplina se configura para o governo dos sujeitos. Identificam-se quem são aqueles em quem não se pode investir em cura terapêutica, sendo proposto um cuidado no domicílio ou em *hospices*. Percebo a atualização do enunciado da domesticação da morte: aquela que deve ser experienciada no lar, junto da família, semelhante às marcas

históricas que encontramos no período da Idade Média e após a Revolução Francesa (FOUCAULT, 2004a). Ao analisar os manuais de Cuidados Paliativos propostos pela Organização Mundial da Saúde, Karen Schein da Silva (2010; 2012) mostra como essa filosofia constitui sujeitos que são chamados a organizar o seu final da vida. Isso contribui para o governo das populações, por meio de práticas que giram em torno do corpo do moribundo, especialmente se ele depender de um sistema público de saúde e viver em um país subdesenvolvido (SILVA, 2010). A mesma autora nos diz que esse modo de cuidar “define regulamentos, produz subjetividades, determina certos campos de ações e condutas, (re) inventa esse saber e define posições de sujeitos para pacientes, familiares, profissionais de saúde e outros, governando suas vidas e pretendendo proteger a vida da população” (SILVA; KRUSE, 2012, p. 462).

Aponto que as revistas difundem os Cuidados Paliativos como o jeito certo de morrer, tentando convencer as pessoas de que essa é a opção para o final da vida. Para tal, utilizam estratégias persuasivas, como divulgar as imagens de pessoas “felizes” junto da família no domicílio ou citar serviços em que essa filosofia de cuidados é descrita como bem sucedida.

Figura 11- Carinho da família



Fonte: Veja, 9 nov. 2005, p. 98. Créditos: Mirian Fighter

A família é reiteradamente apresentada como o suporte dos sujeitos e ao lado de quem se deve morrer. Ressalto que as imagens apontam o núcleo familiar composto por elementos tradicionalmente conhecidos como o marido, a mulher e os filhos. É interessante observar a relação entre família e Cuidados Paliativos. São peças que se articulam, que buscam

minimizar os danos para os sujeitos e potencializar os investimentos em saúde, especialmente quando se trata da otimização de leitos hospitalares. De maneira geral, as revistas apresentam imagens de conforto e abrigo quando se reportam ao domicílio. Na figura anterior, apesar do semblante de tristeza nos familiares que envolvem a doente, percebemos o conforto da presença. Os olhares vagos direcionados ao horizonte nos remetem à docilidade, à tranquilidade e à esperança de que existe a possibilidade de algo para além da morte, tanto para aqueles que ficarão após a partida do doente, como para aquele que pode compartilhar ao máximo a família em seus últimos momentos de vida. Outro aspecto a destacar é o colorido das vestimentas que, inversamente ao preto ou ao escuro, simbolizam a vitalidade e um “bom astral”. Morrer em casa, sob os Cuidados Paliativos, significa bem-estar e qualidade no processo de morrer. E quem não quer isso? Eis a pergunta implícita aos sujeitos leitores.

Apesar das críticas em relação ao Sistema Único de Saúde, destacado como um local desordenado e caótico, o exemplo de cuidados para uma boa morte frequentemente apresenta o Hospital do Servidor Público de São Paulo (HSPSP)¹¹, um hospital público, referência na atenção aos pacientes em processo de morrer. Ele é citado na maioria das reportagens como modelo local, onde se diz a verdade sobre os prognósticos dos sujeitos, onde ocorre a escuta e o diálogo, onde existe respeito ao desejo daqueles que morrerão em breve.

Ela só descobriu tumor quando foi enviada para a enfermaria de Cuidados Paliativos (do HSPSP), depois de enfrentar sete meses de tratamento em outro setor do hospital, Ailce suspeitava do diagnóstico mas preferia não ter certeza. Na enfermaria, a verdade encurrala (ÉPOCA, 15 ago. 2008, p. 71).

No dia seguinte, foi levada ao Hospital do Servidor Público Estadual para morrer sem dor na enfermaria de Cuidados Paliativos (ÉPOCA, 15 ago. 2008, p. 72).

¹¹ Deste trecho em diante, quando for me referir ao Hospital do Servidor Público de São Paulo utilizarei a sigla HSPSP.

Lá (na enfermaria de Cuidados Paliativos do HSPSP) eles respeitam o tempo de morrer. Lá, cuidar é mais importante que curar. Lá, todo dia eles respondem: prolongar a vida ou aceitar o fim? (ÉPOCA 15 ago. 2008, p. 56).

O HSPSP é o local autorizado a falar e ensinar sobre morte na revista. É tido como o local ideal para morrer e onde se encontram as autoridades do final da vida, como a médica Maria Goretti Sales Maciel. Ela é consultada em grande parte das reportagens que abordam a terminalidade, por ser uma autoridade sobre o assunto no Brasil e da qual a revista busca as verdades para transmitir aos seus leitores. Além de fazer parte de um hospital de referência, no período de algumas das reportagens, a médica também era presidente da Academia Nacional dos Cuidados Paliativos (ANCP), entidade que reúne profissionais que se dedicam a estudar e praticar os Cuidados Paliativos no Brasil. Dessa forma, destaca-se que a revista escolhe aqueles que vão falar e o lugar de poder de onde esses sujeitos falam, legitimando a circulação de saberes dos Cuidados Paliativos como uma forma mais humana e “normal” de se morrer. Analisando tais discursos, percebo que o enunciado da individualização novamente está presente, indicando que as pessoas podem governar o seu fim e escolher como querem morrer: na enfermaria de Cuidados Paliativos, ou em casa, sem dor, sem sofrimento e confortáveis.

Na enfermaria (dos Cuidados Paliativos do HSPSP) não há espaço para frases como: “Me entrego em suas mãos doutor”. Como viver a morte é uma decisão do paciente, é ele o responsável por sua vida até o fim- ou sua família, se já não puder decidir (ÉPOCA, 15 ago. 2008, p. 64).

Os sujeitos são chamados a participar da decisão sobre como querem morrer. No contemporâneo, são considerados humanos dotados de “autonomia” e autorresponsabilidade, equipados com uma psicologia que aspira a autorrealização, levando suas vidas como uma espécie de empresários de si (ROSE, 2001). Entretanto, morrer envolve outras pessoas. Observo que ocorre uma triangulação no compartilhamento da decisão ou uma delimitação que as revistas apresentam entre família, paciente com doença fora de possibilidade de cura e equipe médica. As demais profissões que compõem a equipe multiprofissional de saúde, como

a enfermagem, a fisioterapia e a psicologia, não são mencionadas nas reportagens, especialmente quando é abordada a escolha pelos recursos terapêuticos a serem utilizados nas situações limítrofes de vida.

A quem cabe o direito de ir até o fim e esgotar todos os recursos médicos disponíveis? Ao médico? Ao paciente? A família do doente? Ao hospital? (VEJA, 28 abr. 2010, p. 103).

Em concordância com os médicos e com a família dele, optei por deixar a doença seguir seu curso. Clóvis morreu em casa, na paz, comigo ao seu lado (Gleise Santa Clara- esposa de paciente FT, que morreu em casa- VEJA, 28 abr. 2010, p. 105).

Observo também que, apesar de indicar que quem dever tomar as decisões a respeito do fim são os sujeitos, ainda existem limitações em termos de poder sobre as vontades com o próprio corpo, em detrimento da autoridade médica sobre os moribundos.

Nossa crescente impossibilidade de lidar com a certeza da morte produziu pelo menos duas distorções: médicos que abusam do poder e extrapolam limites e pessoas infantilizadas no momento de tomar uma das decisões mais importantes da vida (ÉPOCA, 2012, Você quer ser pessoa...).

Apesar da clareza da minha decisão, mesmo que eu escreva um documento, assine, arrole testemunhas e registre em cartório, não há hoje nenhuma garantia de que eu seja respeitada no meu desejo de morrer com dignidade(...). Basta que o médico decida que é dono da minha vida ou, pior, que sabe o que é melhor pra mim. E, pronto, estou condenada à morte que nunca quis (Eliane Brum- ÉPOCA, 2010, Testamento Vital...).

Dessa forma, encontro-me em um ponto paradoxal das análises. Se por um lado somos chamados a decidir sobre o fim da vida, por outro ainda continuamos dependentes da decisão do médico. Até 2012, mesmo que se elaborasse um testamento vital, a determinação desse profissional prevaleceria, pois é a ele que se atribui o conhecimento verdadeiro (o científico) para decidir quando e como prolongar a vida. Decidir morrer não é uma questão simples. Ela envolve relações de poder e relações sobre os corpos por meio de práticas coercitivas,

repressivas ou limitadoras, que modulam a corporificação dos sujeitos e a posição que assumem em relação aos cuidados e às decisões sobre sua vida (LUPTON, 2000). Verifico que o sujeito é em parte o responsável por si, ele se cuida em alguns aspectos, mas está dependente do poder e da autoridade do médico que irá indicar as melhores opções terapêuticas, sendo o guia que direciona as decisões a serem tomadas sobre o morrer. Dessa forma, concordo com Foucault quando nos diz que

Médicos e doentes não estão implicados, de pleno direito, no espaço racional da doença; são tolerados como confusões difíceis de evitar: o paradoxal papel da medicina consiste, sobretudo, em neutralizá-los, em manter entre eles o máximo de distância para que a configuração ideal da doença, no vazio que se abre entre um e outro, tome forma concreta, livre, totalizada enfim em um quadro móvel, simultâneo, sem espessura nem segredo, em que o reconhecimento se abre por si mesmo à ordem das essências (FOUCAULT, 2004a, p. 8).

Parece que se transmite uma falsa impressão de que estamos planejando a nossa vida e os momentos finais, que serão experimentados, aparentemente, de forma singular, segura e humanizada. A humanização, por sinal, é um dos aspectos que esteve em discussão nos anos 2000. Com a publicação da Política Nacional de Humanização, houve uma mudança em termos de atendimento nos serviços de saúde no Brasil. Essa política implica em uma participação dos sujeitos na produção de saúde, sejam eles usuários, profissionais ou gestores. Tal política parte de uma perspectiva individual, com vistas a atingir o coletivo por meio de ações que valorizam a subjetividade humana, apontando como princípios o controle social, a garantia da autonomia dos sujeitos nos atendimentos e serviços de saúde, a coparticipação dos atores envolvidos no processo saúde/doença e o trabalho em equipe multiprofissional com o intuito de qualificar o cuidado, buscando o protagonismo dos usuários nos diferentes níveis de atenção (BRASIL..., 2004).

Essa tentativa de colocar o sujeito como protagonista das ações de saúde ressoa em diversos campos, entre eles o do morrer. Com o envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas, são necessárias novas estratégias para que os sujeitos se cuidem e reduzam os danos à sua saúde, já que o investimento quando as complicações aparecem é alto. No caso das doenças sem possibilidade de cura, muitas vezes há investimentos fúteis, com intervenções desnecessárias, que não melhoram a vida dos doentes, tendo implicações estruturais e econômicas. Dessa forma, os pacientes em situações de terminalidade são convocados a participar da lógica do cuidar de si, da sua morte, reportando-se aos Cuidados Paliativos e ao domicílio, por meio da articulação com outras políticas, como a da Atenção

Domiciliar que contribuirá na configuração de um cenário ideal para promover a boa morte e favorecer as intervenções e estratégias do Estado. Acredito que, nessa trama, é possível pensar em um planejamento da morte, sendo as revistas um local privilegiado para apontar possíveis condições favoráveis, para fazer circular essa lógica do planejamento e do protagonismo dos sujeitos no fim da vida, articulando e difundindo as ações de governo dos corpos.

Autonomia. Protagonismo. Participação. Democratização. Essas são algumas das palavras que circulam nas políticas públicas elaboradas no período anteriormente citado e que convocam o indivíduo a participar do planejamento das ações em saúde e igualmente do planejamento da sua morte. Planejar é uma palavra que indica direcionamento, ordem e organização quando se trata de algum evento importante na vida de um indivíduo (BAUMAN, 2011). Por meio do enunciado da individualização que vem atravessando os discursos das revistas, somos ensinados sobre quando devemos planejar o que desejamos para o fim da vida, como isso deve ser feito e com quem. Nesse cenário, desponta uma relação entre médico e doente, que, a partir do testamento vital, passa a ser mais próxima e articulada.

Estabeleci as escolhas para o fim da minha vida com a ajuda da minha médica de confiança. Hoje, o documento está em meu prontuário. E isso me deixa muito tranquila (Sônia Maria Simão Leite, química, sofre de uma doença pulmonar crônica- VEJA, 12 set. 2012, p. 105).

Tomar diante da morte uma atitude prática e racional é coisa rara. As pessoas planejam as férias e a aposentadoria, mas quase nunca como pretendem dar seus últimos suspiros (VEJA, 9 nov. 2005, p. 95).

As revistas indicam que o momento adequado para se planejar a morte é durante a vida adulta, de preferência enquanto a pessoa está em boas condições de saúde. Assim como as demais atividades cotidianas, a morte precisa ser inserida no planejamento, discutida com o médico, de preferência um que acompanhe o sujeito há mais tempo. Essa necessidade de planejar os eventos cotidianos faz parte da constituição do homem moderno. Nossa herança cultural dita que devemos planejar o que acontecerá daqui a dez ou vinte anos, que é preciso prever o que pode dar errado e, na medida do possível, evitar o inesperado. O avanço da

ciência permitiu que pudéssemos nos prevenir de determinados acontecimentos. Com a meteorologia, por exemplo, conseguimos identificar os riscos e consequências de um tornado e, então, tomar as medidas necessárias para evitar danos graves. Conhecemos o sexo dos bebês ainda em vida uterina e, assim, podemos construir uma sexualidade, modular um gênero, definir os papéis que a criança irá ocupar na sociedade. Diante desse controle do acaso, do (in)esperado, estamos “expostos ao perigo constante de escolher errado e estarmos condenados a eterna incerteza” (BAUMAN, 2011, p. 143). Ainda assim, vivemos uma luta constante para saber o que nos reserva o futuro, de modo que possamos nos programar e controlar as diferentes situações. Essa condição constituiu o século XX e constitui o século atual. Na perspectiva do final da vida, temos em nossas mãos várias opções. Para os que relutam em aceitar a morte e apresentam condições financeiras, a criogenia é um investimento que, em alguns países, tem recebido atenção. No Brasil, em 2012, um caso de disputa judicial entre irmãs cujo pai havia falecido chamou a atenção. Uma das filhas queria enterrar o pai no Brasil, e a outra queria manter o corpo dele resfriado, conforme a vontade do homem, expressa em vida. Essa decisão havia sido tomada com a esperança de que um dia, em um futuro próximo, ele pudesse ressuscitar, em função dos avanços da ciência contemporânea (MEU PAI..., 2012).

Outra opção que circula nas revistas analisadas é a elaboração do testamento vital, como mencionado nos excertos anteriores. As pessoas falam sobre a tranquilidade de deixar por escrito aquilo que desejam para o final da vida. Em suma, os sujeitos ouvidos nas reportagens não desejam receber investimentos terapêuticos em caso de doença sem possibilidade de cura. Alguns médicos ouvidos a respeito dessa tomada de decisão salientam a possibilidade de mudança a qualquer momento no documento elaborado, visto que sempre há esperança de que uma descoberta seja feita e se consiga prolongar a vida. Dessa forma, há uma discrepância entre a opinião das pessoas “sem fama” e os médicos. Observo esse desacordo como uma estratégia que a mídia utiliza para mostrar que dá voz aos dois lados possíveis: o do investimento e o da recusa das medidas terapêuticas. Desse modo, os leitores poderão escolher o seu fim de forma esclarecida e com diferentes possibilidades. A contradição é uma das características das enunciações que circulam na mídia. Ela tem como função apontar diferentes perspectivas, atenuando o valor de evidência a respeito de algum assunto. Mostra “que a verdade a respeito do tema tratado é fragmentada, parcial, deixando para aquele que é testemunha exterior, o cuidado de utilizá-la para sua própria busca da

verdade, e a construção de opinião” (CHARAUDEAU, 2009).

Quem disse que não vou querer ficar preso a uma máquina pra ver meu neto nascer? E caso eu não possa me expressar e haja qualquer dúvida entre as minhas diretrizes como paciente e as determinações de meu médico, as dele devem prevalecer (Roberto Kalil, médico cardiologista- VEJA, 12 set. 2012, p. 100).

É interessante atentarmos para o status do enunciador que circula na revista. Não é um simples cardiologista que informa que deseja receber o investimento terapêutico, mas um médico renomado, responsável pela saúde de ex-presidentes e da atual presidente do Brasil. Dessa forma, aquilo que ele proclama adquire um significado importante para aqueles que lêem a revista. O posicionamento a favor da decisão médica, considerada a verdadeira, mais uma vez reforça e põe em xeque a questão do governo do corpo e da morte pelos sujeitos, devido à posição assumida por muitos profissionais, como o que falou na reportagem. A imagem que acompanha a fala (Figura 12) denota a autoridade e o poder da decisão médica. A posição do profissional dá destaque à sua fala. As vestimentas brancas caracterizam um profissional de saúde, diferenciando-o de outros sujeitos. Os dispositivos tecnológicos que compõem a foto apoiam o discurso médico, concedendo-lhe veracidade e consistência. Outro aspecto interessante é o tamanho do médico em relação à cama, onde jaz o paciente moribundo. A distância entre os sujeitos, possibilitada pelo arranjo dos instrumentos, coloca o doente em posição favorável para o acesso do profissional. Na organização espacial dos equipamentos, percebemos as diferenças nas relações de poder entre os doentes e os profissionais que operam os cuidados. Nesse espaço, existe alguém que observa e alguém que é observado. Configura-se um jogo de poder por meio da observação, que pode ser considerada “a arte de estar em relação com as circunstâncias que interessam, receber as impressões dos objetos como nos são oferecidas, e delas tirar as induções que são suas justas consequências” (FOUCAULT, 2004a, p. 119).

Figura 12- O que hoje é fútil amanhã pode ser a cura



Fonte: *Veja*, 12 set. 2012, p. 100-101. Créditos: Alexandre Scheneider

Os artefatos vão apontando os caminhos e a quem devemos recorrer. Se, por um lado, a mídia divulga e “espetaculariza” as tecnologias e os equipamentos que prometem o prolongamento do existir, por outro percebo que há uma repulsa em relação a essas tecnologias quando se trata de pessoas que estão em situação de terminalidade. Ao apresentar essas possibilidades, “a mídia atribui valores e sentidos que, ao serem lidos, informam sobre, mas também induzem a adoção de determinadas práticas e criam conceitos persuasivos que nos fazem acreditar em algumas verdades e ignorar outras” (BALESTRO; SILVA; ROCHA, 2007). A revista *Veja*, por exemplo, fornece dicas do que devemos fazer enquanto ainda estamos lúcidos, a fim de alcançarmos uma morte tranquila e serena.

=> *Instruir a família sobre eventuais procedimentos hospitalares. Deixar claro se deseja ser internado em UTI mesmo quando se sabe que isso não vai ajudar a melhorar sua qualidade de vida no período final da existência.*

=> *Fazer um testamento e mantê-lo atualizado.*

=> *Dedicar-se a projetos pessoais planejados há tempos, como escrever um livro, aprender pintura ou fazer uma viagem muito desejada.*

(VEJA, 9 nov. 2005, p. 97)

As reportagens destacam a importância de escrever um documento para garantir que as decisões a respeito da morte sejam cumpridas, visando garantir a qualidade de vida nesse momento. Verifico que os discursos que indicam o planejamento da morte dialogam com os discursos sobre qualidade de vida. É primordial que quem vá morrer realize suas vontades e aproveite o máximo os dias que lhe restam. É preciso manter a qualidade de vida para promover a boa morte. Os discursos sobre qualidade de vida atravessam as práticas em torno do corpo dos sujeitos. A qualidade de vida pode ser considerada como “a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar” (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p.8). Essa noção pode estar atrelada à invenção dos sujeitos de direito e à procura pelo bem-estar e pela felicidade que fazemos nos dias atuais. Os discursos sobre qualidade de vida se tornaram um lugar comum nas últimas décadas. No primeiro caso, trata-se de uma abordagem mais genérica e sociológica, aproximando questões culturais e econômicas que contribuem no processo de sujeição. Na área da saúde, qualidade de vida está intimamente ligada, na literatura internacional, com o conceito de promoção da saúde, com as investidas no corpo, no bem-estar e no comportamento dos indivíduos para produzirem saúde e se sentirem bem. Apesar das inúmeras tentativas de denominá-lo, trata-se de um conceito que ainda está restrito a avaliações quanti/qualitativas por meio de escalas. Os discursos sobre qualidade de vida adquiriram, na segunda metade do século XX, uma ampla ressonância, perpassando pelo campo do trabalho, da saúde, da educação, entre outros (SEIDL; ZANNON, 2004). Nessa lógica do investimento sobre si, o estilo de vida passa a ser concebido como um “projeto estático do eu, um recurso central para a constituição da subjetividade” (LUPTON, 2000, p. 28). A invenção da qualidade de vida configura uma trama em torno da busca pelo bem-estar, a partir de práticas favorecidas pelas estratégias culturais, econômicas e do Estado.

Atravessados por tais discursos, procuramos adotar cuidados que nos mantenham mais ativos, saudáveis e disponíveis para aquilo que nos é solicitado. Para isso, mudamos nossos hábitos alimentares, deixamos de fumar, praticamos exercícios físicos, lemos, escrevemos, inserimo-nos em grupos e, assim, vamos nos transformando a partir dos discursos e das verdades que nos interpelam. Constituímo-nos por meio “de um exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser” (FOUCAULT, 2004c, p. 267). Desse modo, para obter qualidade de vida, os sujeitos passam a cuidar de si e, como vemos nos discursos que circulam nas revistas, a procurar uma qualidade de morte.

Segundo as revistas, é necessário planejamento para obter a qualidade de vida na morte e, para isso, as pessoas devem organizar o seu fim desde cedo. Entretanto, a maioria das pessoas não pensa na morte de forma precoce, possivelmente porque a morte se tornou quase uma palavra proibida na vida cotidiana (FOUCAULT, 2001).

Nos últimos dois anos, a médica Ana Cláudia Arantes propôs o testamento a 100 pacientes. Apenas dez concordaram em fazê-lo. A maioria justificou a recusa em elaborar o documento da seguinte forma: “Ainda é cedo pra pensar nisso” (VEJA, 12 set. 2012, p. 104).

Pensar sobre a nossa própria morte e planejá-la não é uma tarefa simples e muito bem aceita. Culturalmente, não estamos preparados para trabalhar com a ideia de que nossa própria vida um dia terá fim. Dessa forma, a revista utiliza-se de estratégias de convencimento que visem difundir aos poucos a aceitação da morte e instigar o pensamento sobre esse acontecimento. Para isso, recorrem aos especialistas. A revista *Veja*, por exemplo, expõe o posicionamento de autoridades sobre a morte, como a médica Ana Cláudia Arantes, que inicia a reportagem em que se encontra o excerto acima com uma fala na qual apresenta o seu testamento vital. A médica é uma gerontologista envolvida há anos com os Cuidados Paliativos. Talvez, por ser uma das poucas médicas mulheres a ser consultada para as reportagens, seus depoimentos são bastante singularizados, especialmente quando se trata de ocupar o lugar do outro para decidir sobre as decisões em torno da morte. Ao se referir ao seu testamento, ela explica como e o que escrever um documento.

Figura 13- O direito de escolher

Decisão do Conselho Federal de Medicina muda a conduta do médico brasileiro ao reconhecer a legitimidade do testamento vital, documento no qual os pacientes registram o tratamento que desejam receber quando a morte se aproxima

ADRIANA DIAS LOPES E NATÁLIA CUMINALE

O DIREITO DE ESCOLHER

“Eu, Ana Claudia Arantes, diante de uma situação de doença grave em progressão e fora de possibilidade de reversão, apresento minhas diretrizes antecipadas de cuidados à vida. Se chegar a padecer alguma enfermidade manifestamente incurável, que me cause sofrimento ou me torne incapaz para uma vida racional e autônoma, faço constar, com base no princípio da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade, que aceito a terminalidade da vida e repudio qualquer intervenção extraordinária, inútil ou fútil. Ou seja, qualquer ação médica pela qual os benefícios sejam nulos ou demasiadamente pequenos e não superem os seus potenciais malefícios. As diretrizes incluem os seguintes cuidados: admito ir para a UTI somente se tiver alguma chance de sair em menos de uma semana; não aceito que me alimentem à força. Se não puder demonstrar vontade de comer, recuso qualquer procedimento de suporte à alimentação; não quero ser reanimada no caso de parada respiratória ou cardíaca.”

PIONEIRISMO A seriatra Ana Claudia Arantes, especializada em cuidados paliativos, é uma das poucas médicas no Brasil a propor o testamento vital a seus pacientes

Essas palavras, incômodas em sua cruzeta, constituem um trecho do testamento vital de uma mulher de 44 anos, cheia de entusiasmo e plenamente saudável. Ana Claudia, porém, tem uma convivência íntima e diária com a morte. Médica geriatra, ela se dedica a uma das áreas da medicina que mais se aproximam da hora do último suspiro, a dos cuidados paliativos, prática que pretende aliviar o sofrimento causado pelos sintomas e pelas sequelas de uma doença na iminência do momento final. Todos os meses, Ana Claudia testemunha o óbito de vinte pacientes, em média. Em suas diretrizes antecipadas — esse outro e pomposo modo de chamar o documento —, ela trata das questões referentes ao suporte médico almejado na terminalidade, mas também de aspectos mais comensais e humanos, naquela porção da vida indizível e inescapável. “Quero um beijo de boa-noite e de bom-dia. Sei que meu corpo pode estar frágil e muito diferente de mim, mas, acreditem, estarei nele; quero tomar banho todos os dias, com água quente. Quero privacidade. Que as portas do

Fonte: Veja, 12 set. 2012, p. 98-99. Créditos: Alexandre Schneider

Aponto o modo como as imagens são dispostas, tentando persuadir os leitores para que planejem sua morte por meio da elaboração do testamento vital, apontando para a negativa do investimento terapêutico em casos de doenças fora de possibilidade de cura. O discurso que circula descreve fatos, seduz e sujeita os indivíduos a determinadas práticas (BALESTRO; SILVA; ROCHA, 2007). Na Figura 13, que inicia a reportagem na revista *Veja*, vemos a figura médica como o elemento central. O jogo de luzes põe em cena e destaca uma pessoa que, como diz a nota ao final da página, trabalha com os Cuidados Paliativos e é uma das poucas profissionais, no Brasil, que estimula os pacientes a elaborarem o testamento vital. Fica em voga a capacidade da médica de se colocar no lugar do outro, visto que ela se encontra sentada sobre um leito hospitalar, local que abriga os doentes no final da vida. Tal fato contribui para aproximar a decisão médica dos sujeitos que experienciarão a morte. A médica apoia a não utilização de tratamentos considerados fúteis naqueles que estão morrendo, discurso que é recorrente ao longo das reportagens. Quem é destacado na cena é essa *expert* e o que ela defende. Podemos notar isso a partir do jogo de cores que iluminam o

centro da figura, que mostra, na parte posterior, de forma quase imperceptível, um sujeito, cujo sexo não é possível identificar e que parece estar em más condições de saúde.

As revistas apresentam os caminhos possíveis para planejar a morte, pondo em voga a vontade do sujeito a partir daquilo que os médicos acreditam ser melhor para ele. Observo que geralmente não são as pessoas em processo de morrer que são ouvidas quando se questiona o modo como gostariam de morrer. Os médicos são entrevistados e presumem quais são as vontades dos sujeitos e, dessa forma, direcionam as práticas em torno da morte contemporânea.

Mas podemos fazer uma unidade de Cuidados Paliativos, onde ele é respeitado naquilo que é (...). Eu acho que privar o ser humano deste momento decisivo da vida dele é uma coisa cruel. Porque neste momento a pessoa tem muita coisa para contar, para perdoar, para aceitar (José Eduardo de Siqueira, 68 anos, médico cardiologista, doutor em medicina, professor de clínica médica e bioética da Universidade Estadual de Londrina e membro da Comissão de Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina-ÉPOCA, 2010, Testamento Vital...).

Por meio do testamento vital e dos Cuidados Paliativos, busca-se o direito das pessoas decidirem sobre sua morte e como fazê-lo. Novamente o enunciado da individualização se materializa por meio das estratégias biopolíticas. Esse enunciado aparece tanto no discurso médico, quanto no exemplo de pacientes que passaram pelo processo de morrer e que são referidos nas revistas como sujeitos que lutaram pela sua “autonomia” diante da morte. As revistas nos reportam aos discursos sobre o cuidado de si e as práticas no final da vida. Esses discursos vêm ao encontro daquilo que é proposto pelos médicos, reforçando a positividade do governo de cada um sobre o seu corpo.

“Tira a mão do meu braço que eu ando sozinha”, diz. “Mas a senhora cai”, preocupa-se a filha. “Não caio”. A filha tenta lhe dar café. Ela fecha a boca. “Eu mesma tenho de tomar” Derruba, mas é ela quem segura a xícara. Pergunto porque isso é tão importante. “Eu tenho de ser eu”, diz ela. (Ailce, paciente fora de possibilidade de cura-Filha de Ailce-ÉPOCA, 15 ago. 2008, p. 72).

Morre-se como se vive, só que de modo mais radical. Reduzindo ao essencial, um paciente tinha uma força que ninguém sabia explicar. Ergueu-se sobre si mesmo, levantou um braço esquelético e, sem poder falar, disse chega (ÉPOCA, 15 ago. 2008, p. 66).

Cuidar de si no momento da morte significa, por parte dos sujeitos, realizar desde gestos simples como se vestir, alimentar-se ou andar sozinho até a possibilidade de dizer: **chega!** E, assim, morrer em paz. Essa é uma verdade que se configura nos discursos que permeiam as revistas: querer morrer é uma opção que os sujeitos desejam ter. Uma opção que é defendida pelos doentes, médicos e que encontra no momento atual condições favoráveis para adquirir força e modular as práticas em torno dos corpos. A mídia, por meio das revistas, passa a atuar como um difusor dos comportamentos implicados nas estratégias políticas. Na lógica da individualização vão se conformando sujeitos singulares, dotados de vontades, chamados ao encontro da disciplina e da “docilização”. É preciso pensar, fazer, agir. Tais sujeitos são fabricados por discursos múltiplos, pelo investimento de várias formas de trabalho que atravessam seu corpo e sua alma, modificando a participação nas decisões sobre as formas de vida contemporânea e mantendo, assim, a organização do Estado e das instituições (ROSE, 2001). Em relação aos direitos dos sujeitos no planejamento do final da vida, destaco o testamento vital. Esse documento é citado em grande parte das reportagens, como já mencionado, materializa as relações de poder do sujeito com o seu corpo, sua família, incorporando discursos jurídicos e da saúde sobre o morrer. É preciso que um documento que expresse as vontades do moribundo se materialize para que sejam respeitadas. Somente a fala não assegura ou legitima a vontade de cada um, como afirmam os editores de *Época*.

O documento expressa o desejo do paciente diante de uma doença sem possibilidade de cura. Enquanto está consciente, a pessoa determina por escrito e com suas testemunhas, quais são os limites do seu tratamento. Tem assim, a possibilidade de encerrar sua vida com autonomia, respeito e dignidade (ÉPOCA, 2010, Testamento Vital...).

Quem decide como viver e como morrer é quem vive e quem morre. E é triste que seja preciso o CFM nos dizer isso, quando cada um deveria ter dito a cada médico que tenha tentado tomar uma decisão em seu lugar (ÉPOCA, 2012, Você quer ser pessoa...).

O narrar-se por meio do testamento vital pode ser determinante na judicialização da saúde e na garantia dos direitos, não apenas em relação à vida, mas também em relação à morte. Um texto em uma folha de papel assegura que algo seja feito. Uma ação só é legítima e autorizada a partir do momento em que aquilo que se fala se torna escrito, registrado e

autorizado por alguma instância jurídica do país. A prática da escrita se torna quase uma atividade ascética, que contém a verdade. A escrita “constitui uma prova e como que uma pedra de toque: ao trazer à luz os movimentos do pensamento, dissipa a sombra interior onde se tecem as sombras do inimigo” (FOUCAULT, 1992, p. 131). O inimigo, nesse cenário, pode ser o prolongamento do existir, quando não há possibilidade de cura. A mídia com seu discurso pedagógico ensina a elaborar um testamento que oriente as escolhas do cuidador, de maneira a garantir a “autonomia” do moribundo e a diminuição do sofrimento. Por meio da escrita, dos discursos produzidos e autorizados, é possível tornar uma prática reconhecida como forma racional de ação (FOUCAULT, 1992).

Os artefatos vão legitimando as práticas em torno do corpo moribundo, apresentando e classificando os pacientes terminais, mostrando como é inútil o investimento terapêutico em alguns casos e apontando a elaboração do testamento vital concomitante ao investimento nos Cuidados Paliativos, como as melhores práticas a operacionalizar. Para favorecer esses discursos, circulam pelas páginas das revistas exemplos de instituições que ajudam as pessoas a morrerem em países citados como modelos (Holanda, Estados Unidos e Suíça) na decisão e autonomia sobre a morte, onde é possível cada um decidir quando sua vida pode ter um fim.

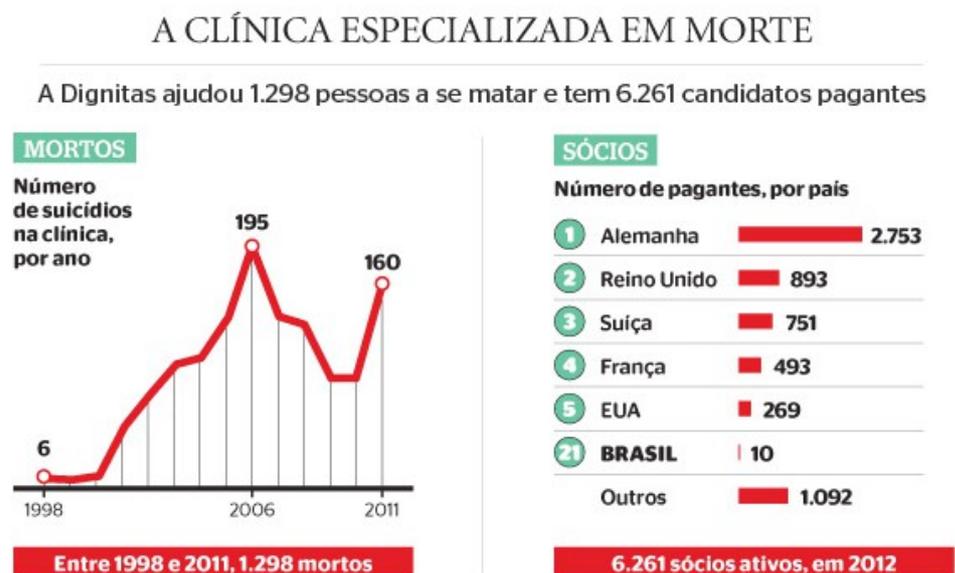
Nos Estados Unidos, um recurso chamado Living Will, criado em 1967, permite que o cidadão determine sob que circunstâncias deseja ter a vida prolongada artificialmente no hospital (VEJA, 9 nov. 2005, p. 97)

A Suíça tem cinco clínicas que praticam suicídio assistido. A Dignitas é a única a oferecer o serviço a estrangeiros não residentes. Desde que foi fundada, em 1998, pelo jornalista e advogado alemão Ludwig Minelli, a Dignitas ajudou pessoas a se matar em quartos de hotel, apartamentos alugados e, segundo a imprensa suíça, até em carros no acostamento de estradas (ÉPOCA, 28 jun. 2012, p. 87).

As instituições e os documentos que autorizam os sujeitos a provocarem sua morte são citados como referências nas reportagens, que mostram esses recursos como uma alternativa. Como veremos mais adiante, ao tentar verificar se os sujeitos/leitores estão preparados para decidir sobre o seu fim, as revistas se baseiam em instrumentos utilizados por instituições estrangeiras que utilizam o suicídio assistido, a eutanásia ou o testamento vital como

estratégias para produzir uma morte digna e com qualidade. Aponto esses instrumentos e os recursos utilizados como uma forma de fortalecer os discursos sobre a morte praticada de forma individualizada. Trata-se de um investimento do poder sobre a vida cotidiana, a interioridade e as singularidades (DELEUZE, 2005). A indicação dessas estratégias como uma opção para o planejamento da morte aparece novamente atrelada aos discursos sobre a qualidade de vida e pode ser mostrada a partir dos números e do colorido dos gráficos que circulam nas revistas. Essas disposições mobilizam os sentidos e as emoções, dão destaque para aquilo que se quer mostrar. No caso da imagem do gráfico que acompanha a reportagem sobre clínicas que oferecem auxílio para morrer, o vermelho dos traços pode indicar uma emergência e pretende chamar a atenção para a crescente decisão dos sujeitos de encerrar a vida. Chama-se a atenção para o discurso defendido: **Governe seu fim!** Para isso, a mídia utiliza o simbólico, que além de vender uma ideia associa a noção de qualidade da morte com a saúde e com uma visão de mundo que convoca os sujeitos a mudarem o estilo de vida, os comportamentos e as suas decisões, convergindo com o modelo neoliberal, que propaga a centralidade do eu na condução da vida. É possível, pela disposição imagética nos meios de comunicação, convencer e comprovar pelos números, textos e imagens aquilo que se defende como a verdade do momento (KELLNER, 1995).

Figura 14- A clínica especializada em morte



É notória a utilização do sentido da visão no trabalho exercido pelas mídias na tentativa de capturar os sujeitos. O colorido e o tamanho alternado das letras, maiores quando se quer dar destaque para algo, são algumas das estratégias para chamar a atenção e de certa forma “vender” uma ideia (ROCHA, 2005). No mundo contemporâneo, em que somos rodeados por imagens é fundamental a exploração do recurso visual para favorecer a socialização e a familiarização de assuntos pouco conhecidos ou debatidos pela população. De maneira geral, as imagens agregadas aos textos, apontam, indicam, deslocam ideias e comportamentos e instituem sentidos para a forma como se pretende morrer nos tempos atuais.

Ao longo desta primeira unidade, procurei apresentar algumas estratégias utilizadas pela mídia para nomear os sujeitos em processo de morrer, pondo em circulação um novo jeito de enfrentar ou aceitar esse acontecimento inevitável. Por meio do planejamento, palavra do momento, é possível alcançar a “boa morte” a partir das experiências dos sujeitos com o seu próprio corpo e com as táticas de governo (políticas públicas), bem como das experiências desenvolvidas em outros cenários. A seguir, indicarei quem são os sujeitos autorizados a falar, de onde eles falam e como a enfermagem é posicionada dentro da mídia, no contexto da terminalidade. Discutirei a importância dada à palavra proferida pelo médico e a vontade de verdade contida nos discursos emitidos por esses profissionais, a partir do poder que a mídia e a sociedade lhes impuseram histórica e culturalmente, em especial a partir do século XVIII (FOUCAULT, 2004a).

4.2 Quem nos ensina a morrer?

Por que, justamente neste momento, o Conselho Federal de Medicina decide propor um documento que coloca limites no tratamento e que representa a autonomia e o desejo do paciente? (ÉPOCA, 2010, Testamento Vital...)

O trecho acima ilustra quem pode, no momento atual, autorizar os sujeitos a morrer. Enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas são alguns dos profissionais que atuam no cotidiano dos serviços de saúde junto aos doentes fora de possibilidade de cura. No entanto, verificamos que, na mídia, quando se apontam os cuidados

no contexto do final da vida, parece ser o médico o único responsável pelas orientações e práticas em relação à morte.

A enfermagem aparece de maneira discreta e restrita às atividades técnicas ligadas ao corpo e aos procedimentos que auxiliam no controle dos sintomas. É dentre as demais profissões, a que tem maior visibilidade, depois da medicina, no cenário da atenção à saúde. Historicamente, essas duas profissões se destacam na formação do hospital e pela conjuntura de cuidados aos sujeitos doentes. Operam por meio de hierarquias tanto entre ambas as profissões como dentro delas (FOUCAULT, 2004a). A imagem da Enfermagem está recorrentemente relacionada com os procedimentos técnicos nas reportagens, característica de uma profissão ligada ao fazer, à prática e ao disciplinamento do corpo para o cuidado (KRUSE, 2003).

Manter um paciente terminal é uma decisão que implica enormes transtornos. Quando os sintomas se agravam, é preciso que os parentes, ou enfermeiros contratados, transformem parte da casa em um pequeno hospital (VEJA, 9 nov. 2005, p. 97) (grifo meu).

A realidade do corpo da paciente era tão aterradora que Kathia Camargo, uma enfermeira experiente, sofria para fazer curativo (ÉPOCA, 15 ago. 2008, p. 62).

Observo a centralidade que se dá ao fazer da enfermagem, ao modo como o profissional atua junto aos doentes para minimizar danos à saúde. Ao mesmo tempo, parece ser uma atividade que pode ser desenvolvida por qualquer um. O cuidado parece ser algo que não precisa de um sistema que opere, de um conjunto de normas e legislações específicas, visto que, nas reportagens, ele aparece sendo exercido por familiares. Tais descrições corroboram a simplificação das atividades do profissional de enfermagem e, conseqüentemente, diminuem e desqualificam a credibilidade e a necessidade dessa profissão junto aos sujeitos em processo de morrer. Uma profissão pode ser descrita como a “qualificação de um grupo de trabalhadores especializados na realização de determinadas atividades, os quais dominam os fundamentos para sua realização” (PIRES, 2009, p. 740). Dessa forma, reconheço a profissão de enfermagem como um campo de saber constituído

para além do fazer, que se apropria de discursos científicos, populares, religiosos, entre outros, para promover o cuidado e realizar suas práticas de forma ética e coerente. Em sua constituição, a enfermagem moderna, especialmente no Brasil, inspira-se em um modelo norte-americano, marcado pela disciplinarização dos corpos das enfermeiras, que, em sua formação, deveriam apresentar, além de competências técnicas e científicas, bom relacionamento interpessoal, e ser exemplo em suas condutas morais e profissionais. Por meio desse conjunto de ações, as enfermeiras foram profissionalizando o cuidado, tornando-o um elemento para além da empiria: um objeto de estudo/trabalho das, então, “Enfermeiras-Padrão” (KRUSE, 2003).

Das enfermeiras¹², são exigidas competências técnicas, habilidades com pinças, destreza com seringas, boa comunicação, entre outras atividades que lhes dão a legitimidade para desenvolver o cuidado dos sujeitos em situações críticas de vida. Ao mesmo tempo em que descreve o cuidado de forma a ser compreensível, a revista tenta mostrar a complexidade das demandas do processo de morrer que fragilizam “inclusive” os profissionais de enfermagem, das quais espera-se que desenvolvam um cuidado que abranja as diferentes dimensões do ser humano. Aponto, novamente, o enunciado da individualização atravessando minhas análises, tangenciando a formação do profissional de enfermagem. Com a implantação das Diretrizes Curriculares, os profissionais de enfermagem são formados para trabalhar com a singularidade dos sujeitos: busca-se produzir profissionais flexíveis, capazes de se adequarem às diferentes situações e responder às demandas que o mercado e o Estado apresentam. Elaboram-se um currículo que produz enfermeiras de determinado tipo; enfermeiras que tenham capacidade de se comunicar e de se relacionar com os demais profissionais de saúde, na lógica da interdisciplinaridade (MEYER; KRUSE, 2003). Sob essa nova lógica, torna-se difícil perceber, pelos jogos de poder e pela linguagem apresentados nas revistas, a efetivação desse outro modelo de cuidar, sob uma perspectiva plural, visto que circulam majoritariamente os discursos emitidos pela medicina. Verifico que a formação para atender as dimensões humanas tem, progressivamente, efetivado-se por meio da transição de um currículo biomédico para um modelo holístico, que começa com a formação dos profissionais de saúde. Em termos de tanatologia, é possível identificar uma abertura para as questões sobre a morte nos cursos de graduação em enfermagem no país, geralmente por seminários, disciplinas ou alguma aula sobre o assunto. Transita-se por um terreno em que o

12 Remeto-me ao corpo de enfermagem no feminino, pois ele é predominantemente composto por mulheres, o que interfere nas relações culturais, de gênero e de poder dentro da profissão.

profissional, para cuidar e conhecer o outro, deve conhecer a si mesmo. É preciso cuidar de si, reconhecendo potencialidades e colocando-as à mercê do mercado de trabalho e das necessidades sociais e de saúde (BOEMER, 2007).

Outro aspecto que circula nas reportagens é a relação entre a enfermagem e os serviços considerados “sujos”, aqueles ligados diretamente ao corpo dos doentes e suas excretas.

Maria de Cleide, Regina, Zilda, Neucilene, Edineia, Mary [...] Elas são 18 auxiliares de enfermagem. Ficam dia e noite ao lado dos pacientes ajudando a urinar e defecar, dando banho, limpando sangue e vômito, escutando (ÉPOCA, 15 ago. 2008, p. 66).

A enfermagem utiliza-se dos sentidos para prestar o cuidado. O olfato auxilia na identificação dos cheiros estranhos, indicando prováveis problemas infecciosos; a visão ajuda na busca por alterações, como, por exemplo, na cor das mucosas; o tato permite reconhecer desníveis na integridade da pele, bem como sua temperatura. Os sentidos, juntos, operam auxiliando na detecção de problemas e no planejamento dos cuidados para as pessoas acometidas por alguma doença (ARAÚJO; CAMERON; OLIVEIRA, 2011). Apreendo que o trabalho da enfermagem está ligado ao corpo, ao cheiro, ao ouvido, ao visual, e por vezes parece ser menosprezado nos discursos circulantes, visto que envolve a sexualidade daquele que cuida e daquele que é cuidado. Lidar com a sexualidade do outro representa um ponto nevrálgico para o cuidado. Assistir e realizar o banho de leito e manusear com excretas, como fezes, urina e vômito, mobilizam os sentidos e a tolerância daqueles que cuidam, gerando, algumas vezes, insegurança e sensação de mal-estar frente a determinadas situações (SILVA et al, 2012).

Sexualidade. Suor. Vômito. Fezes. Urina. Essas são algumas das palavras “proibidas” que causam repugnância entre os sujeitos no contexto das relações de cuidado. Esses elementos se atrelam ao corpo, que historicamente é circunscrito pelo pudor, pelo medo e pela interdição que gira, especialmente em torno do sexo. Nesse contexto, abordo o sexo como aquilo que define as características fisiológicas e anatômicas e que sustenta os discursos em torno da formação do gênero e das relações de poder entre homens e mulheres. A sexualidade, assim como o corpo, objeto e instrumento dos cuidados de enfermagem,

encontra-se permeada pelo enunciado da opressão. “Dizer que o sexo não é reprimido, ou melhor, dizer que entre sexo e o poder a relação não é de opressão, corre o risco de ser apenas um paradoxo. [...] Seria ir de encontro a toda economia, a todos os interesses discursivos que a sustentam” (FOUCAULT, 2001, p. 14). Acredito que, em função dessas questões culturais ligadas à profissão (que são intrínsecas à sua constituição), o trabalho da enfermagem parece, por vezes, ser colocado em segundo plano nas reportagens. Mexer com o corpo do outro causa nojo e repulsa na maioria das pessoas; é como se fosse algo fora do lugar. Desde a graduação, exige-se que os profissionais de enfermagem moldem seus corpos para acostumarem-se ao trabalho com os odores e secreções oriundas dos doentes. Os estudantes de enfermagem desenvolvem “mecanismos para esconder ou sublimar essas reações reconhecidas por eles [e pelos professores] como inaceitáveis na enfermagem” (ARAÚJO; CAMERON; OLIVEIRA, 2011). Essas situações, pertinentes ao corpo, podem estar relacionadas com a própria constituição da sociedade burguesa e neoliberal, que enclausura o sexo e aquilo que se refere a ele no quarto, excluindo-o das conversas do cotidiano devido à improdutividade que poderia acarretar para uma sociedade em processo de industrialização e que poderia distrair-se com os “prazeres da carne”. Os discursos religiosos e morais contribuíram para cercar o sexo e seus atributos de valores negativos, renegando a esse, por muito tempo, a função de procriação (FOUCAULT, 2001). A nudez também aparece como algo vergonhoso e diretamente relacionada com o sexo, representando um tabu em termos de cuidado. Esses silêncios que transitam pela enfermagem denotam aquilo que culturalmente temos dificuldade de deixar aparecer. A nudez, na leitura de Barthes sobre George Bataille, é um valor plástico, ligado à figuração e àquilo que só pode ser representado à distância, de modo simbólico. Da mesma forma, Bataille explora em suas obras o aspecto sujo do ser humano. O autor é detalhista nas descrições sobre a relação sexual, fala do gozo, do suor, do fetiche, do sangue, do vômito. Critica justamente aquilo que parece ser interdito, medíocre, e questiona o valor atribuído às palavras e o contexto em que elas são proferidas. Bataille fala de três polos de sentidos: Polo Nobre, Polo Ignóbil e Polo Baixo. No primeiro, encontramos a superioridade, as palavras que remetem ao luxo, à nobreza, às formas livres; no segundo, estão as palavras medianas, relacionadas ao obscuro, escondido, às convenções e superficialidades; por fim, no Polo Baixo, encontramos um conjunto de sentidos atribuídos às palavras como sangue, lama, ódio. Trata-se de uma hierarquização semântica que se relaciona com o lugar em que essas palavras são proferidas, por quem as são e como repercutem na significação das relações que são

dispostas em seu entorno (BARTHES, 2004).

Nesse sentido, ressalto as diferenças entre as aparições da enfermagem e da medicina na mídia. Por mais que ambas as profissões trabalhem com o corpo dos sujeitos, a enfermagem parece estar em posição inferior, pois não é apresentada como aquela que dialoga e orienta, mas como aquela que faz ou escuta, ações não ligadas diretamente aos atos de fala e por isso, menos importantes, localizadas em um Polo Baixo, em termos semânticos, segundo a proposta de Bataille. Já a medicina aparece como um saber superior, ligado à ciência e ao pensamento, ao “trabalho intelectual”, por isso localizada no Polo Nobre das palavras. Essa relação é pertinente, partindo-se do pressuposto de que as palavras constituem as coisas e relações de poder, que dão maior ou menor visibilidade para aquilo que se quer produzir enquanto verdade na mídia. Essas diferenças podem ainda se relacionar com os espaços discursivos e sociais em que as duas profissões se constituíram e à própria consolidação em termos de economia e de corporativismo profissional de ambas. Nas reportagens, diferentemente do que acontece com os profissionais da medicina, não aparecem imagens dos profissionais de enfermagem cuidando de indivíduos em processo de morrer ou algo que remeta a essa profissão.

Nas revistas, o médico está no centro das relações. Embora a equipe de enfermagem seja muito presente no cotidiano dos serviços de saúde, junto aos pacientes, a imagem que se transmite é a de um profissional que executa tarefas. Ao médico é dado o direito de orientar sobre a melhor forma de morrer. Autoridades de hospitais reconhecidos são chamadas a dar seus depoimentos nas reportagens, visando conferir legitimidade ao discurso proferido e poder àquilo que se faz circular. Os médicos que falam geralmente são ligados a unidades de terapia intensiva ou oncologistas, talvez porque consideram o câncer uma doença que remete à sentença de morte. A importância dada ao médico nos meios de comunicação pode estar relacionada à constituição histórica da medicina e ao poder que essa profissão adquiriu sobre os corpos dos sujeitos, a ponto de o médico decidir o que é melhor para seus pacientes, desde o nascimento até a morte.

Na decisão de não adiar uma morte inevitável o que conta é a avaliação técnica do médico. Fatores emocionais não podem influenciar (Mariza D'Agostino Dias, chefe de UTI-VEJA, 4 set. 2002, p. 90).

Meu testamento vital deverá conter uma única informação: o nome do meu médico de confiança. Ele será a pessoa mais indicada para tomar decisões sobre minha vida e minha morte. Meu médico não permitirá que eu sinta dor e que eu sofra por semanas se isso não me oferecer uma condição digna de sobreviver (Ben-hur Ferraz Neto, cirurgião-VEJA, 12 set. 2012, p. 102).

Destaco o modo como o médico se coloca em relação aos sujeitos em processo de morrer: paternalista, sob a justificativa de que age de forma racional. Desse profissional, é exigida uma postura respaldada pelo discurso científico, que permeia a sua constituição enquanto profissional que trabalha com o ser humano ou com a doença. A imagem que se transmite é de um médico que atua como um pastor, detentor da verdade e capaz de orientar aquele que encontrará a salvação na boa morte. A racionalidade moderna se mostra pertinente, pois, a partir do enunciado da medicalização e da emergência da ciência, ocorre a introdução da lógica cartesiana que promove a separação entre razão e emoção, entre o empírico e o científico no pensamento moderno. Esse cenário favorece o nascimento da clínica médica e da medicina enquanto uma profissão de poder sobre os corpos (FOUCAULT, 2004a). As imagens em que os médicos aparecem, atrelados a tecnologia, munidos daquilo que os protege enquanto profissionais e que os torna capazes de controlar o imprevisível e atuar sobre as intempestividades, são exemplos dessa racionalidade que transparece nas revistas. Quando se trata de apresentar a opinião médica, as revistas recorrem ao fundo escurecido e de imagens que remetam à tecnologia dos hospitais.

Figura 15- O que conta é a avaliação técnica do médico

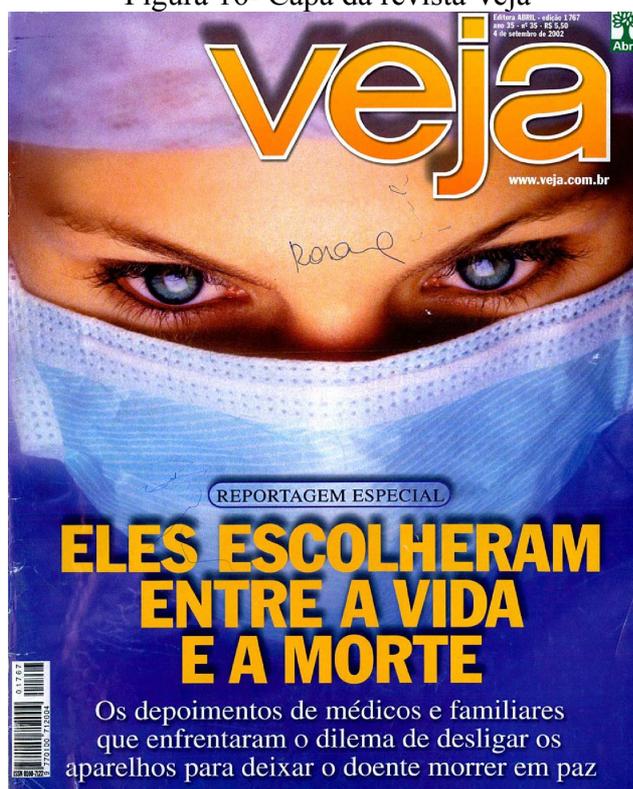


Fonte: Veja, 4 set. 2002, p. 90-91. Créditos: Cláudio Rossi

Esses profissionais aparecem, nas revistas, ligados e preocupados com equipamentos e distantes de pessoas doentes. Um elemento recorrente, é o monitor cardíaco com o traçado de um eletrocardiograma, relacionando vida com o pulsar do coração. A médica tem, novamente, o destaque na foto. Ela recebe a luminosidade da cena, que destaca seu rosto, coberto, em parte, por uma máscara cirúrgica. Essa máscara pode representar o afastamento e a proteção. Protege a boca e o nariz, entretanto os olhos estão visíveis e atentos ao movimento das medicações nos equipamentos, aos sinais vitais, ao fisiológico, ao patológico e à

terapêutica. A visão é elemento primordial para o trabalho desse profissional, que, após a invenção da anatomia enquanto disciplina, desdobra seu olhar. “Há um olhar circunscrito, olhar limítrofe do tato e da audição, que só recobre um dos campos sensoriais e apenas aflora nas superfícies visíveis, e um olhar absolutamente integrador, que domina e funda todas as experiências perceptivas” (FOUCAULT, 2004a, p. 183). A imagem que ilustra a capa da revista também destaca a face de uma profissional, com máscara, iluminada de tal forma que sua figura pode estar associada a um azul celestial que remete à sensação de paz, serenidade e conforto. Esse jogo de cores favorece os discursos em torno do médico como o profissional a quem devemos recorrer e que pode nos orientar corretamente.

Figura 16- Capa da revista Veja



Fonte: Veja, 4 set. 2002

O status social do médico é bastante singularizado na cultura ocidental. Trata-se de uma figura que adquiriu, especialmente a partir do final da Revolução Francesa, da invenção do hospital, da modernização e urbanização da Europa, um destaque no controle dos sujeitos. Quando um médico fala, não é possível dissociar sua imagem de um sistema cultural que gira em torno da profissão, que define seu local de poder, conferindo-lhe “o direito de articulá-lo,

reivindicando para si o poder de conjurar o sofrimento e a morte” (FOUCAULT, 2008b, p. 57). No modelo de reestruturação social, de investida na vida e na produtividade, desenvolvido a partir do século XVII, o médico passa a ter um papel essencial tanto por se tratar de um técnico em cuidados, que prestará assistência à população, como por assumir a condição de juiz moralmente capaz frente ao comportamento dos sujeitos. Como a maioria das doenças ainda não tinham etiologia conhecida e a ciência dava seus primeiros passos a caminho do “progresso”, configurou-se aí um território favorável para o médico atuar sobre os corpos, vivos e mortos, na tentativa de instaurar um conhecimento clínico e corporificar a profissão (FOUCAULT, 2004a).

Nos séculos XVII e XVIII, o estudo com os cadáveres se fortaleceu e houve a possibilidade de se identificar os sinais relacionados aos processos inflamatórios, às febres, de identificar a localização de órgãos doentes, conforme os sintomas apresentados. O corpo morto se tornou o objeto de trabalho dos médicos, que começavam a fazer do hospital o berço do nascimento da clínica médica. “A doença aí encontra seu elevado lugar e como que a residência forçada de sua verdade” (FOUCAULT, 2004a, p. 45). Há, nesse momento, uma fragmentação e, de certa forma, um deslocamento da medicina de família, que anteriormente tratava de forma individual os sujeitos, no domicílio, que abrigava as doenças e a pobreza da maioria da população. Em um primeiro momento, identificamos um processo frustrado em relação ao hospital, que se tornou sobrecarregado, em função das demandas dos pobres, bêbados e outros sujeitos, que, por diferentes motivos, recorriam a esse local para tratar seus problemas de saúde. Era preciso voltar ao lar, por questões estritamente econômicas, quando se entendia que naquele momento a doença era um acidente individual e a família deveria assegurar os cuidados às vítimas acometidas por uma enfermidade. Por muito tempo, o exercício da medicina se deu no domicílio, um lugar “limitado e fechado sobre as verdades de espécies, que ele revelava” (FOUCAULT, 2004a, p. 52), cenário que favoreceu a aproximação dos médicos aos indivíduos, garantindo o respeito e a autoridade, tratando-se das questões de comportamento, hábitos e saúde.

Transitava-se em um território doméstico e pouco organizado, o que requeria a organização e sistematização dos saberes médicos. As faculdades entraram em disputa para averiguar quem poderia exercer a profissão. Devido à empiria, à falta de padronização de procedimentos, ao amadorismo e à forma indiscriminada como se “operavam” pessoas ou se prescreviam tratamentos, tentou-se restringir a realização de determinadas práticas por meio

do protecionismo e da criação de entidades que passariam a regulamentar o ensino da medicina e o seu exercício. Na França, foram fundadas sociedades de saúde para discutir, em assembleias, projetos para extirpar os oficiais de saúde, que atuavam como amadores (FOUCAULT, 2004a). Em meio ao liberalismo econômico que emergia com Adam Smith, nascia uma profissão liberal, em que “o ato médico valerá o que vale quem o realiza; seu valor intrínseco está em função da qualidade, socialmente reconhecida, do produtor” (FOUCAULT, 2004a). Frente a essa configuração, os currículos de medicina passaram a se adequar às propostas das instituições regulamentadoras da profissão, que classificaram os profissionais em médico clínico e cirurgião. Segundo essas propostas, o médico-cirurgião deveria completar mais anos de estudo, pois seu trabalho seria mais complexo.

Aos poucos, estruturava-se um poder em torno da profissão que perpetua até os dias atuais. O discurso médico tem uma força que prepondera e colabora com formas políticas e econômicas que pretendem governar os sujeitos. No século XVIII, a medicina estava atrelada à ciência e, ocupa ao hospital. Na vigência do liberalismo, atende àqueles que podem pagar, oferecendo aos pobres o cuidado em troca de seu corpo como objeto de estudo (FOUCAULT, 2004a). O corpo passa a ser alvo da intervenção médica, seja o morto, com Bichat e a Anatomia, seja o vivo como reserva das informações necessárias para diagnosticar uma doença. A clínica, para se estruturar, precisa da linguagem, da narração, do vivido pelo paciente, que relatando os sintomas experimentados durante um estado patológico auxiliará o médico a sistematizar as doenças, classificá-las e conseqüentemente, tratá-las. O enunciado da taxonomia permeia a constituição do saber médico, que faz dessa o eixo primordial de seus cuidados. O médico interroga, observa e, além disso, escreve e descreve, trata a doença como uma coleção de sintomas. A intervenção se dá no corpo, que é passível dos discursos médicos e de suas práticas. Com os avanços tecnológicos e a introdução desse aparato no hospital, a medicina passou a exercer um poder sobre a vida de tal forma que pretendia eliminar a morte dos centros urbanos. Desenvolveram-se estudos sobre as vacinas e conseguiu-se reduzir a mortalidade e aperfeiçoar procedimentos técnicos, o que garantiu positividade à intervenção médica. Esse cenário concedeu ao campo clínico uma nova estrutura, “em que o indivíduo posto em questão é menos a pessoa doente do que o fato patológico indefinidamente reprodutível em todos os doentes igualmente afetados” (FOUCAULT, 2004a). Não é à toa que vemos circular nas imagens, vinculadas nas reportagens, a figura do médico ligado ao aparelho e não ao sujeito. Ao mesmo tempo em que se aproxima, pela articulação de uma rede

de saber que adentra a vida social, o médico também se afasta dos indivíduos. Se inicialmente o pudor era um fator limitante da aproximação com o corpo dos doentes, agora é a miséria, a sujeira e a desgraça desses corpos que faz esse profissional se distanciar. O trabalho sujo fica a cargo da enfermagem, que, com as contribuições de Florence Nightigale, organiza os primeiros hospitais e reduz o número de infecções e mortes decorrentes delas ao mesmo tempo em que se ocupa do ambiente, das excretas e da ventilação, fatores tão importantes quanto o exame físico e a dissecação do cadáver no tratamento e investigação das doenças (KRUSE, 2003). A medicina passava a utilizar objetos como o estetoscópio, as pinças, entre outros, para operar sobre o corpo do outro. Uma estratégia que funcionava e permitia a instauração do saber médico como um saber ligado ao intelecto, ao pensamento.

A medição instrumental no exterior do corpo autoriza um recuo que mede uma distância moral; a proibição de um contato físico permite fixar a imagem virtual do que se passa muito abaixo da região visível. A distância do pudor é uma tela de projeção para o oculto. O que não se pode ver mostra-se na distância do que não se deve ver (FOUCAULT, 2004a, p. 181).

Há um recuo e uma aproximação. Um recuo em relação ao corpo dos sujeitos, mas uma aproximação por meio de um poder que opera pelo convencimento, pelo discurso que é legitimado pelo saber que determina o que fazer para manter a vida e, quando não for mais possível, deixá-la tomar seu curso natural. Nas revistas, observamos os discursos carregados dessa historicidade, que marcam e denotam o quão paternalista se caracteriza o discurso médico em torno dos sujeitos.

Parte de nós espera de um médico que, diante da nossa fragilidade, diga: “Não se preocupe, vamos lutar com todas as armas da medicina”. Em troca, ele só espera nossa completa obediência. Muitos não têm sequer paciência para explicar a estratégia e os danos colaterais do tratamento-e há aqueles que se ofendem quando questionados (ÉPOCA, 2012, Você quer ser pessoa...).

Treinamos nosso médicos para serem guerreiros ou sacerdotes que negam a morte a todo custo (Ira Byock- médico americano, autor do livro Dying Well: peace and possibilities at the end of life-VEJA, 9 set. 2005, p. 100).

O médico atua como um protetor da vida. É a autoridade que tem o direito de decidir o que é melhor, prescrevendo comportamentos e atitudes a serem tomadas. Verifica-se uma postura de entrega por parte daqueles que são chamados de pacientes. Pacientes que recebem, ouvem e obedecem às ordens daquele que tem o conhecimento sobre o corpo.

Minha benção é ter uma médica que fala abertamente comigo sobre o assunto (Rossana Godoy- paciente assistida por uma médica do Hospital Albert Einstein/ SP-VEJA, 28 abr 2010, p. 106).

Os familiares também parecem estar em posição passiva frente ao médico e aos serviços de saúde. As imagens da família ou de cuidadores aguardando informações sobre pacientes internados nas UTIs apontam o afastamento físico, imposto pela conjuntura hospitalar. Na imagem abaixo, encontramos duas familiares em uma sala de espera. As duas são mulheres, gênero predominante entre os cuidadores nos hospitais. Estão sentadas, em posição inferior a do profissional que entra na unidade, parecendo estar com pressa e sem dar muita atenção a elas, que estão em bancos pouco confortáveis. As mãos cruzadas, como à espera, e o olhar intrigado e preocupado voltado para cima, em direção ao profissional e à unidade de cuidados, ilustram a situação em que se encontram aquelas que cuidam ou acompanham um familiar na maioria dos hospitais brasileiros. Uma postura de entrega e de espera. Espera para receber, em algum momento, uma informação, uma direção, uma conduta.

Figura 17- Ele não queria vir para o hospital



Fonte: Veja, 4 set. 2002, p. 88. Créditos: Antônio Milena

Um pastor, um pai, um guia que age a favor da vida e que luta ou lutou por muitos anos para afastar a morte. O médico é formado, desde os primórdios da profissão, para manter a vida. Na graduação, pouco se aborda sobre o cuidado aos sujeitos em processo de morrer, a não ser a enunciação da clássica frase “fizemos o que foi possível, o que estava ao nosso alcance”, geralmente dita a algum familiar do moribundo. A família é o meio pelo qual o médico mantém vínculo com os doentes nessa fase da vida. Tal atitude parece ser tomada para proteger ou privar o doente de notícias e decisões desagradáveis; ela funciona como um escudo contra o contato com a morte eminente, escudo possibilitado pela relação na beira do leito (PAIVA, 2009). A estrutura curricular dos cursos de medicina afasta o estudante do doente durante boa parte do curso, “privilegiando estudar doenças e o corpo humano 'calado' por meio de cadáveres em livros e peças de anatomia, deixando o doente para a segunda metade do curso” (PAIVA, 2009, p. 82).

Ao fazer uma interlocução com o quadro do pintor Samuel Fildens, O médico, e observando a análise de Alves (2002), procuro fazer aproximações e questionamentos em relação ao papel do médico enquanto condutor da vida dos sujeitos. Ao observarmos a

imagem abaixo, que data de 1891, vemos o profissional prostrado frente à terminalidade de uma criança, que, pela disposição dos objetos na cena, recebeu intensos investimentos na tentativa de evitar o fim.

Figura 18- Quadro "O médico" de Samuel Fildens



Fonte: www.fugesp.org.br

Na análise desse autor, o médico é descrito como um homem bondoso que, após exercer o máximo de suas forças se vê impotente diante do sofrimento da família e diante da criança morta. A cena da morte é destacada pela luminosidade da pintura, visto que esse é o acontecimento ao qual se quer dar visibilidade. O silêncio e a maneira como o médico observa o corpo morto parecem denotar o sofrimento do profissional. Às análises de Alves, acrescento algumas observações. A morte representada no quadro ocorre no domicílio, onde o médico permanece impotente observando o corpo morto. Os pais da criança se encontram ao fundo e não parecem ser um elemento de ligação e comunicação entre aquele que cuida e aquele que recebe os cuidados, o que remete à situação de distanciamento (que descrevi anteriormente) das familiares na sala de espera.

Tanto o quadro quanto a imagem das familiares na sala de espera possibilitam analisar os deslocamentos em torno da morte nos últimos dois séculos. Aponto mudanças físicas e de

ambiente, o papel da família, a função do médico enquanto protetor e aquele que sabe o que deve ser feito no momento da morte. Se no quadro de Fildens observamos a reação de sensibilidade do médico frente ao corpo morto, nas falas dos profissionais apresentadas nas revistas parece haver a transitividade e extirpação das emoções no momento da morte. Esperam-se do médico a racionalidade e o afastamento. Hoje, os médicos percebem esse distanciamento e as rupturas provocadas nas relações com os pacientes. Em publicações da área, questionam a forma como exercem a profissão, ao mesmo tempo em que se sentem responsáveis pelo atendimento e pela condução das pessoas e das equipes de saúde no momento da morte.

Estamos perdendo o lado afetivo e humano da medicina; não temos praticado mais o conforto e o consolo que se deve aos pacientes e às famílias. No hospital, transfere-se isso a outros profissionais (disponíveis)-o enfermeiro, o psicólogo ou o assistente social. É como se tudo o que é científico e racional fosse da competência do médico e o que é empírico e emocional não fosse mais (CARVALHO, 2007, p. 244).

Nos últimos dois séculos, parece ter havido apropriação e refuga da morte pelo médico. Além disso, a operação sobre corpo morto para a elaboração do diagnóstico e o desenvolvimento de tratamentos que prolongam a vida, bem como o abandono daquilo que é empírico e que remete às relações humanas, parecem minimizar o caráter científico e epistemológico da morte. O final da vida passa a ser um instrumento que possibilita a invenção da clínica médica, favorece seu domínio em relação aos corpos e dispõe novas práticas orgânicas e culturais em torno das classificações patológicas e dos rituais fúnebres (FOUCAULT, 2004a). Para validar a palavra médica sobre a autorização da permanência da vida ou a efetivação da morte, o juramento desses profissionais circula pelas revistas, instaurando a verdade do discurso médico e legitimando as práticas desses profissionais.

Figura 19- Seria hipocrisia dizer que não é eutanásia

“Seria hipocrisia dizer que não é eutanásia”

Normalmente, quando é a família que está pagando o tratamento de um doente que não tem mais volta, os familiares dizem: ‘Doutor, deixe nas mãos de Deus. Só não queremos que ele sofra’. É um eufemismo que equivale a pedir que não se prolongue sua vida desnecessariamente. Já quando é um plano de saúde que está bancando a internação, o que ouvimos é: ‘Doutor, faça tudo o que estiver ao seu alcance para mantê-lo vivo’. Não dá para levar em conta esse tipo de pedido. O que eu aceito fazer é deixar de investir em um tratamento que está sendo fútil, que não está trazendo benefício ao paciente que jamais vai se recuperar. Se ele precisa receber transfusão de sangue, por exemplo, posso dar menos sangue do que o necessário e deixar para usar o recurso em um paciente com chance de melhorar. É correto diminuir ou interromper um tratamento que está prolongando uma vida inutilmente. O difícil é estabelecer o critério. É diferente quando a decisão é tomada com antecedência. Às vezes acontece de um paciente terminal de Aids me pedir para que eu não insista em medicá-lo quando a sua situação se tornar irreversível. Seria hipocrisia dizer que isso não é eutanásia. Só não podemos deixar o paciente com dor ou sofrendo. E eu sei que, em casos de dor extrema, a dose de medicamento que eu dou pode ter o efeito também de abreviar a vida do doente.

Caio Rosenthal,
infectologista e
conselheiro
do Conselho
Regional de
Medicina do
Estado de
São Paulo

Juramento de Hipócrates

Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue :

- Estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes.
- Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.
- A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.
- Conservarei imaculada minha vida e minha arte.
- Não praticarei a talha, mesmo sobre um cálculo confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam.
- Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução, sobretudo dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados.
- Aquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.
- Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário acontece.”

Conselho
Regional de Medicina
do Estado
de São Paulo

Fonte: Veja, 4 set. 2002, p. 86

A Figura 19, que reproduz o juramento de Hipócrates, ressalta a função do médico enquanto protetor da vida. É ele quem deve zelar pelo bem-estar e tomar a melhor decisão possível. A posição do profissional destacada na imagem sobre um fundo negro contrasta com o branco, que ressalta o juramento da profissão. Seu posicionamento e dilemas éticos frente ao morrer destacam a eutanásia. Sua afirmação questiona a legislação vigente no Brasil naquele período. Talvez por se tratar de uma reportagem do início dos anos 2000, o médico busca fazer aproximações entre o deixar morrer e a prática da eutanásia, tentando mostrar que, para evitar que o ilegal fosse praticado, seria necessário o esclarecimento e debate sobre as práticas em torno do morrer. Observo a responsabilidade que o médico toma para si quanto a prescrições de medicações que podem acelerar a morte, às ações intervencionistas como adentrar a casa ou realizar práticas que visem unicamente à beneficência para aqueles que se submetem aos seus cuidados, discurso favorecido pela circulação do juramento da profissão.

As revistas apontam, ainda, que a decisão sobre o final da vida é a mais difícil de ser tomada. Nesse sentido, questiono: mais difícil para quem? Tratando-se de uma decisão sobre a vida, o corpo e a morte de cada um, parece-se ser uma decisão do sujeito. Entretanto, segundo as imagens e os discursos que circulam, é uma decisão difícil para o médico e para o meio jurídico.

Figura 20- A decisão mais difícil

A DECISÃO MAIS DIFÍCIL DE SER TOMADA

■ Em seu artigo 41, o Código de Ética Médica determina que é vedado ao médico “abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”

O QUE ACONTECE NA PRÁTICA
Alguns médicos, especialmente os das áreas de infectologia e oncologia, em comum acordo com alguns de seus pacientes terminais, aceleram o processo de morte — em geral, mediante o uso de um coquetel de sedativos e analgésicos

■ No Código Penal, o abreviamento da vida de um doente terminal por seu médico pode ser interpretado como “homicídio piedoso” — quando o agente (no caso, o médico) comete homicídio por motivo de relevante valor moral ou social (no caso moral, compaixão pelo sofrimento do doente). Trata-se de uma atenuante para o homicídio doloso

O QUE ACONTECE NA PRÁTICA
Nunca nenhum médico foi condenado no Brasil por tal prática, já que ela só é utilizada em comum acordo com o paciente



Veja | 28 DE ABRIL 2010 | 15

Fonte: Veja, 28 abr. 2010, p. 105

Percebo que um documento autoriza o médico a enunciar as verdades sobre a morte, sobre os cuidados no final da vida. Um papel, a escrita e o direito. Esses elementos se relacionam quando tratamos da morte e dos seus desdobramentos. Para que os sujeitos no Brasil pudessem escolher o não investimento terapêutico, foi necessária a intervenção do Conselho Federal de Medicina. Em países como a Holanda e os Estados Unidos da América (alguns estados), que autorizam a eutanásia, esse procedimento é permitido após a avaliação

médica, sendo necessária a elaboração de um testamento vital, preferencialmente registrado em cartório. Esse documento passa a ter validade a partir da “autorização” de dois atores centrais nessas situações: o médico e o jurista. Os excertos que seguem apontam quem está autorizado a ensinar e permitir morrer: colocam em evidência as duas profissões que podem tomar decisões em torno da morte; tensionam o direito e a medicina, dando visibilidade às positivities dessa relação.

Nos dias 26 e 27 de agosto, o Conselho Federal de Medicina (CFM) realiza em São Paulo um evento que poderá ser um marco na humanização não só da saúde, mas da vida: médicos e juristas vão discutir a criação do testamento vital (ÉPOCA, 2010, Testamento Vital...).

Em uma decisão histórica, o Conselho Federal de Medicina (CFM) acaba de promulgar uma determinação destinada a consagrar a autonomia do paciente sobre seu destino (VEJA, 12 set. 2012, p. 100).

*Talvez tenhamos que enfrentar uma resistência generalizada, a começar pelo poder judiciário. Explico. O que está acontecendo hoje é uma coisa dramática. **Se nós medicalizamos a vida, também estamos jurisdicionalizando a morte.** Temo que, se burocratizar o testamento vital, ele vai se tornar um documento complicado (José Eduardo de Siqueira- médico do CFM- Época, 2010, Testamento Vital)(grifo meu).*

O enunciado da judicialização atravessa a saúde e a constituição de novas formas de morrer no contemporâneo, circulando nos discursos das revistas. A procura pelo atendimento de saúde se tornou elemento de intervenção jurídica, a partir do momento em que os sujeitos passaram a dar-se conta da perspectiva de cura e da possibilidade intervencionista e salvacionista do médico (SERRES, 2001). Se até o final do século XIX se buscava a justiça pela terra, pela casa, pela propriedade de bens materiais, com o desenvolvimento da clínica médica, concomitante à introdução das tecnologias no hospital, as pessoas começaram a se identificar como sujeitos de direito frente à vida. Devido às dificuldades para o acesso aos

serviços de saúde, a possibilidade de prolongar o existir provoca disputas nos tribunais pelo direito aos leitos hospitalares, pelo acesso a medicações de alto custo e não financiadas pelo Estado, para se ter uma cadeira de rodas ou uma muleta (TRAVASSOS, 2012).

A justiça exerce um papel fundamental na determinação das verdades de uma época. Encontramos seus primeiros sinais nas sociedades gregas. Nessa civilização, o modo de averiguar quem dizia a verdade a respeito de um roubo ou assassinato era a disputa verbal de um com o outro, sem a intervenção de um terceiro. A partir do convencimento, aquele que fizesse da sua verdade a legítima a tornaria uma “lei”, uma forma jurídica que os demais deveriam seguir. Era assim que se atestava o poder dos sujeitos, especialmente dos governantes. É dessa época o exemplo clássico da tragédia de Édipo, que, por não conseguir “provar” a sua verdade (que não foi ele quem matou seu pai para desposar sua mãe), tem seus olhos arrancados e é destituído do trono na cidade de Tebas. Durante o período feudal, a forma de praticar ou buscar a justiça era diferente; era pelas próprias mãos, fosse pela guerra ou pela violência. Se alguém tivesse seu cavalo roubado, teria o direito de fazer o mesmo. Alguém perdia e alguém ganhava, em um modo improdutivo de fazer morrer. Posteriormente, com a ascensão dos Estados-nação e a formação do Estado Liberal, tais práticas foram gradualmente substituídas por formas mais produtivas de punir e fazer valer as leis para os homens. Assim, temos a invenção das prisões e a implantação de formas jurídicas que acompanharão a lógica do fazer viver, deixar morrer (FOUCAULT, 2002).

A partir do início do século XX, especialmente a partir da Segunda Guerra Mundial, quando ocorreu um fortalecimento das noções de democracia na constituição das nações, houve uma crescente intervenção jurídica em todos os níveis de vida, em especial em relação aos sistemas prisionais, de defesa, acusação, soltura e por meio dos julgamentos de crimes de qualquer origem. A configuração de uma profissão depende da inscrição jurídica em níveis de Estado, que, a partir de comissões, quase sempre com a presença de um jurista, determinarão que códigos de ética deverão ser seguidos. As questões relativas à saúde, educação, ao meio ambiente, casamento, divórcio, nascimento e, mais recentemente, testamento vital, são atravessadas por regras do sistema jurídico. De certa forma, ocorre uma circunscrição da justiça sobre questões de vida e morte, sendo, por meio da intervenção de uma autoridade, conferido o poder de decisão sobre assuntos que são de ordem pessoal (MACHADO; DAIN, 2012).

Em termos de saúde, como já mencionado no capítulo anterior, observamos no Brasil

um crescente atravessamento da judicialização. Especialmente no final da década de 1980, quando o HIV/AIDS se dissemina de forma rápida pelos continentes, houve um forte investimento no desenvolvimento de drogas para controlar a epidemia. Essas medicações tinham custos elevados e o número significativo de infectados, a rápida progressão e degradação nos acometidos pela doença, instigou as famílias a buscarem os tribunais para assegurar o direito às terapêuticas como possibilidade de controle da doença. A corrida aos tribunais foi favorecida pela elaboração da Constituição Federal em 1980 e da legislação que criou o Sistema Único de Saúde, incumbindo o Estado de assegurar o acesso à saúde para população brasileira (TRAVASSOS, 2012). Outras doenças, especialmente as oncológicas, cujas taxas de incidência e prevalência aumentaram, resultaram na grande procura judicial para financiamento de tratamentos longos e caros, à base de quimioterápicos e imunoterapia, e de exames que apareceram no cenário da oncologia como indispensáveis e que demandam altos custos para o sistema de saúde, como a tomografia por emissão de prótons (PET-CT). Essas situações aproximaram cada vez mais justiça e saúde. Nesse cenário, o médico e o jurista atuam como as autoridades que por vezes convergem, por vezes divergem nas disputas jurídicas. Convergem no sentido de que são sujeitos autorizados a decidir sobre a vida e a morte. Divergem quando não é possível absorver as demandas jurídicas a favor, por exemplo, da internação em leitos hospitalares. Tais conflitos resultam em dilemas éticos para ambas as partes envolvidas. Por outro lado, há uma tendência em burocratizar as decisões, sendo necessário um trâmite intenso de documentos que comprovem ou autorizem determinadas práticas, o que é visto como negativo pela parte médica e necessário pela parte jurídica. Nesse contexto, verificamos que aquele que está doente é quem menos interfere nas práticas em torno da sua morte, sendo passível dos discursos e da intervenção do poder da lei e da medicina. Essas duas instâncias operam pondo em prática aquilo que Foucault (2002) denominou ortopedia social, caracterizada como uma forma de poder que engessa, modula e produz o controle social por meio do conhecimento do outro e da prescrição de comportamentos, práticas e hábitos. Uma conjuntura que opera sobre o corpo e sobre a alma de cada um, favorecendo as estratégias biopolíticas do Estado sobre a morte. Essa forma de dispor as práticas em torno do final da vida no Brasil diferencia-se de locais como a França, onde se convoca uma rede de profissionais de diferentes áreas para dispor sobre as práticas em torno de aspectos éticos ligados a morte (LEONETTI, 2004). Em nosso país, dificilmente convocamos um filósofo, um antropólogo ou um sociólogo para falar sobre o final da vida. As

decisões acerca da morte, um tema ligado à existência, ao pensamento, à vida, ao cultural e também ao biológico, parecem estar mais restritas à Medicina e ao Direito, o que produz formas muito específicas de atuação frente aos que morrem.

Na edição da revista *Veja* de agosto de 2012, podemos identificar a intersecção dessas duas áreas, que operam para sanar as principais “dúvidas” dos sujeitos em relação ao documento do testamento vital, apontando o que pode ser feito, como deve ser feito e quando é possível fazê-lo. A revista apresenta um guia que ensina os sujeitos sobre sua morte. Na seção seguinte, veremos que, após ensinar como o testamento deve ser realizado, a revista propõe avaliar o nível de preparação para a elaboração do testamento vital, propondo critérios para alcançar a boa morte indicados por *experts* médicos e jurídicos.

Figura 21- Principais dúvidas

AS PRINCIPAIS DÚVIDAS

Com a ajuda do procurador de Justiça Diaulas Ribeiro, da câmara técnica de terminalidade da vida do Conselho Federal de Medicina, e da médica Maria Goretti Maciel, coordenadora do departamento de cuidados paliativos do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, VEJA elaborou um guia com as perguntas mais comuns sobre o testamento vital

- 1 O testamento vital só vale se for feito por escrito?**

Não. A resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) não determina um modelo a ser seguido. O testamento vital pode ser firmado mediante um acordo verbal entre o paciente e o médico. Por medida de segurança, no entanto, ele deve ser por escrito, com pelo menos duas testemunhas. Alguns especialistas recomendam ainda a nomeação dos chamados “procuradores de vida”, pessoas de confiança que, se for preciso, tomarão as decisões mais próximas aos desejos do doente. O ideal é que os procuradores de vida sejam em número ímpar (três ou cinco) para que, em caso de dúvida sobre uma conduta a ser adotada, ela possa ser decidida pela maioria.
- 2 É possível alterar o documento?**

Sim. O testamento vital não é definitivo. É possível mudá-lo a qualquer momento, e a nova decisão deve sempre ser comunicada ao médico. Na Espanha, por exemplo, o documento vale por dois anos. Em Portugal, por cinco. Não há essa limitação no Brasil. Não deixe, no entanto, para fazer o testamento vital na última hora, quando a doença já se instalou agressivamente.
- 3 Um parente próximo pode se recusar a seguir as orientações descritas no testamento vital?**

Não. A resolução do CFM estabelece que o médico deve respeitar as vontades preestabelecidas do paciente. Lê-se no texto do conselho: “As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares”. O familiar só tem poder de decisão caso tenha sido designado pelo próprio doente como seu representante.
- 4 O testamento só pode ser utilizado em casos de pacientes terminais?**

Sim. O CFM só prevê o uso do documento por pacientes graves, incuráveis e que não respondem mais a nenhuma medida terapêutica. Cada doença tem seu próprio curso e, por isso, os últimos dias variam muito de doença para doença, de paciente para paciente.
- 5 O médico pode discordar do testamento vital?**

Depende. O médico de confiança deve orientar o paciente e até participar da elaboração do testamento vital. Se durante o tratamento surgirem novas opções terapêuticas, o especialista deve apresentá-las ao paciente. Contudo, se o doente já determinou suas vontades e estiver inconsciente, seu desejo deve ser seguido.
- 6 Se o paciente estiver inconsciente e de seu testamento constar o desejo de que sua vida não seja mantida artificialmente, o médico poderá desligar os aparelhos?**

Depende. É preciso distinguir entre o coma e o estado vegetativo persistente. O primeiro significa um rebaixamento do nível de consciência e há possibilidade de melhora. Já o estado vegetativo persistente consiste em um dano neurológico irreversível, com perda da capacidade de comunicação e consciência. Nesse caso, para que suas funções vitais sejam mantidas, o paciente tem de ficar ligado a máquinas, como respirador artificial e sonda de alimentação enteral. Aí, sim, o médico deve atender à vontade do paciente e desligar os aparelhos. Sob o ponto de vista da ética médica, o aparato tecnológico apenas prolonga a vida de um doente incurável. Essa decisão vale para respiradores artificiais, sonda de alimentação enteral e máquinas de hemodiálise. Durante quinze anos, de 1990 a 2005, a americana Terri Schiavo ficou em estado vegetativo persistente devido a uma disputa judicial entre o marido e os pais dela, que defendiam a manutenção da vida artificial. Ela não tinha um testamento vital. ■

Observo, na Figura 21, que, novamente, o traçado do eletrocardiograma é utilizado para simbolizar a vida, o pulsar. Os *experts* que a revista traz para esclarecer as dúvidas que supõe serem mais frequentes para os leitores são reconhecidos no âmbito da medicina e do jurídico. A médica que fala já apareceu na mídia, em outras reportagens de revistas. Não são ouvidos outros profissionais de saúde, que parecem não fazer parte desse cenário, ou parecem ter um papel secundário nas decisões do final da vida. Reforço também o modo como os médicos aparecem dando suas opiniões, seja pela vestimenta ou pelo modo como seus corpos estão posicionados ao falarem.

Figura 22- Pelo respeito às finanças da família



Fonte: Veja, 12 set. 2012, p. 103. Créditos: Alexandre Scheneider

Figura 23- Lutar até o fim



Fonte: Veja, 28 abr. 2010, p. 106. Créditos: Leilson Santos

Os médicos das Figuras 22 e 23 aparecem em meio à tecnologia, munidos de vestimentas brancas que remetem ao local de onde falam, geralmente hospitais de referência em suas áreas. Na Figura 23, o médico oncologista fala de uma instituição reconhecida no tratamento do câncer, o hospital A.C Camargo. Os médicos vestem trajes compostos por camisas e gravatas, emprestando um aspecto formal e sóbrio ao assunto em questão. O olhar dos profissionais parece indicar que observam de um local superior, e a posição das mãos

configura certeza ao que está sendo dito. A luminosidade destaca tanto os profissionais como os aparelhos utilizados para diagnóstico e intervenção. A tela do computador na mesa à direita mostra uma estrutura genética, um DNA, denotando o caráter microscópico e molecular que predomina na ciência atual, ao mesmo tempo em que passa a sensação da cientificidade ligada à imagem da medicina. Essa conjuntura de elementos contribui para efetuar aquilo que a mídia se dispõe a fazer: posicionar, incitar, convocar, emocionar e, por que não, convencer (KELLNER, 2001). Ressalto que a utilização da imagem do médico é uma estratégia predominante da revista *Veja*, que sobrepõe a imagem desse profissional em relação aos pacientes e aos demais profissionais. Na revista *Época*, embora sejam esses profissionais que falam a respeito da morte, as imagens veiculadas são de pessoas sem “fama”, dos sujeitos em processo de morrer. Essa revista (como detalharei melhor na próxima seção) utiliza outra estratégia, a narrativa das pessoas comuns, para convencer, emocionar e vender a ideia da boa morte.

4.3 Você está preparado para fazer o seu testamento vital?

Nesse aspecto, o das realizações concretas, o testamento vital é libertador. Nada tem a ver, ressalta-se, com a eutanásia, a prática de apressar o fim de quem quer morrer. O testamento vital é o direito de decidir como viver quando chega a morte (VEJA, 2012).

Nesta última unidade, discuto o modo como a mídia produz um currículo do final da vida. As revistas ensinam como é estar em condição de terminalidade, apontam os caminhos para planejar a morte, além de indicar a quem recorrer nessa hora. Para produzir esse novo jeito de morrer, os artefatos põem os leitores em contato com aquilo que se quer tornar verdade. Para tal, utiliza (I) a narrativa, que aproxima os sujeitos de situações já experimentadas por outros; (II) o ensino sobre conceitos como Eutanásia e Cuidados Paliativos; (III) a aceitação da morte enquanto um padrão de normalidade (IV) a família como o local/instituição que produz uma morte segura e sem sofrimento.

Destaco a narrativa como uma potente estratégia de convencimento, utilizada, especialmente, pela revista *Época*. Em suas edições, contar a vida daqueles que morrem e apontar os aspectos para se alcançar a boa morte, a partir da experiência, comove, chama a atenção e cativa o olhar do leitor que tem a possibilidade de aprender com o outro. O trabalho

da mídia consiste nas tarefas de informar, descrever, contar e explicar os fatos, de maneira atrativa, visando à captura dos sujeitos na trama discursiva que faz circular (CHARAUDEAU, 2009). Busca-se dar visibilidade às experiências de pessoas, geralmente de meia idade, que passaram por situações que envolviam a morte e o morrer. Existem diferenças entre os sujeitos que narram suas histórias nas duas revistas. Na *Época*, majoritariamente, falam as pessoas comuns: familiares, cuidadores, pessoas em processo de morrer. Na *Veja*, novamente são ouvidos os médicos, que opinam sobre como gostariam de morrer e como acham que isso deve acontecer. Estes se colocam na condição de terminalidade para narrar suas condutas nessa situação. Algumas vezes, dá-se voz aos sujeitos “infames” nas páginas dessa revista, visando reforçar e aproximar suas narrativas com a dos médicos.

Ailce de Oliveira Souza não é uma filósofa, é uma merendeira de escola.[...] Não pronuncia a palavra câncer. Quando nos conhecemos, em 26 de março, faz quase um ano que sua pele amarelara e ela se encheria de náuseas (ÉPOCA, 15 ago. 2008, p. 69).

Mantive minha mãe no quarto até ela não aguentar mais e pedir para ser sedada. Para isso, teve de ir para a UTI. Decidi não entubá-la. Ela morreu dois dias depois, sem precisar ficar semanas naquela unidade (Rosane Teixeira, Entrevistada- VEJA, 4 set. 2002, p. 83).

Eu pediria para não ser submetido a procedimentos que me privassem da qualidade de vida. Afinal, o conceito de qualidade de vida muda muito com a proximidade da morte. Outro ponto crucial: nenhum tratamento deverá comprometer as finanças da minha família (Bernardo Garicochea, oncologista- VEJA, 12 set. 2012, p. 103).

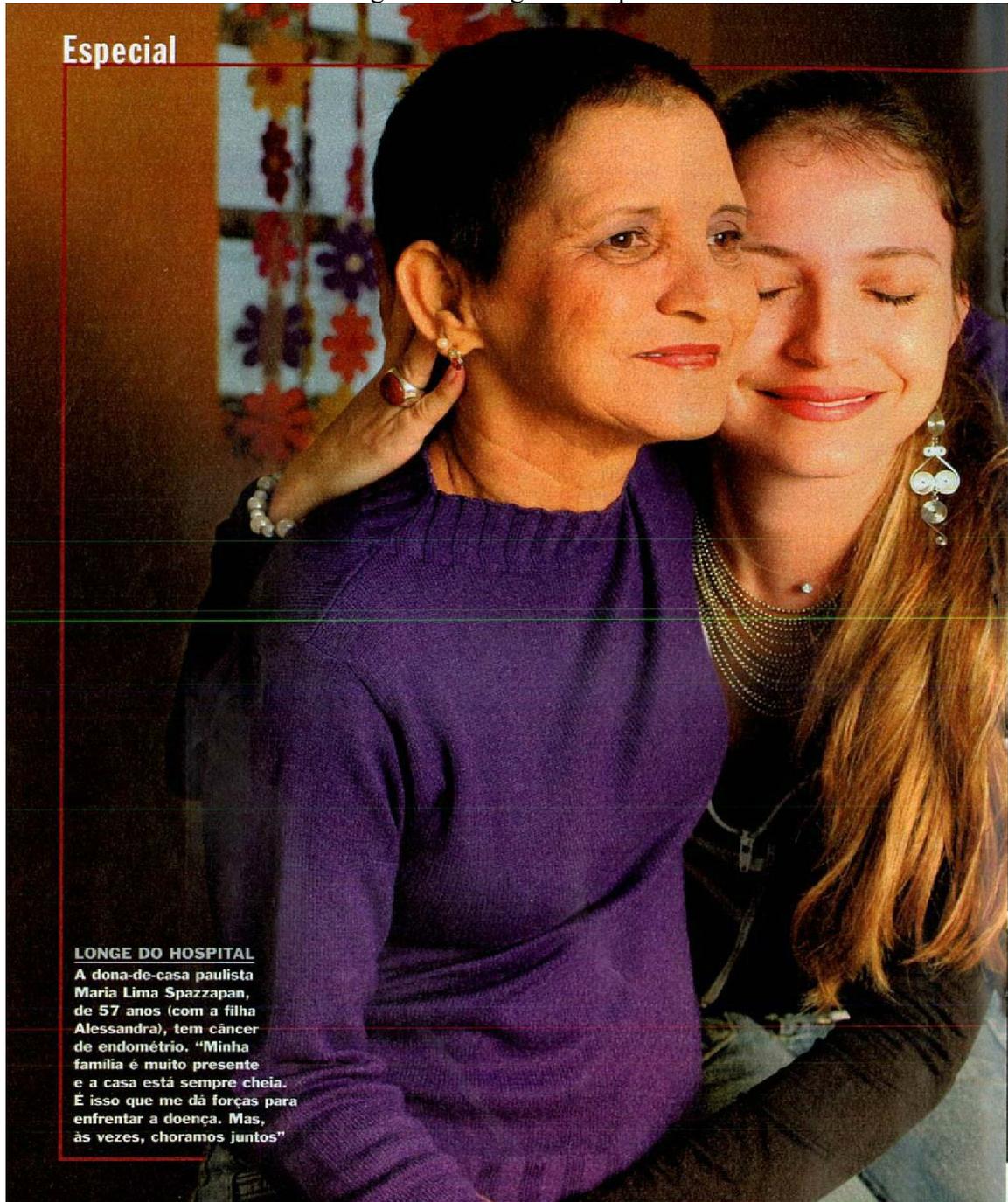
A experiência passa pelas palavras. Aquilo que se ouve, lê, fala faz parte da constituição de cada um. A possibilidade de pensar e agir passa pela linguagem e sua intersecção com a subjetividade dos sujeitos. Não existe pensamento ou experiência que esteja fora da linguagem (LARROSA, 2002). A articulação entre a narração das histórias e os discursos das revistas configura comportamentos e práticas frente à morte. Observo a luz que aponta para os sujeitos no final da vida, partindo da possibilidade da morte transcender “naturalmente”. Se, até meados dos anos 2000, tínhamos grande investimento na vida, vimos

percebendo, desde então, uma ruptura no modo de enfrentar o morrer. As revistas apontam tais mudanças, articulando experiências individuais com políticas públicas de saúde, as quais são referidas nas reportagens. Mais do que informar, as revistas narram. E a experiência ultrapassa a informação: ela passa pelas sensações, pela descrição, pelo detalhe do vivido. Por isso, “a informação não deixa lugar para a experiência, ela é quase o contrário da experiência, quase uma antiexperiência” (LARROSA, 2002, p. 21).

Aqueles que contam suas histórias podem ser tomados como sujeitos da experiência, denominação utilizada por Larrosa (2002). A partir de suas narrativas, é possível promover o encontro entre os leitores e as histórias dos outros. É nessa aproximação, aparentemente virtual, que se dá o contato e a atuação pedagógica da mídia. Por meio do tensionamento das histórias, ela produz, inventa, faz circular e vende verdades que repudiam o investimento fútil nos corpos dos moribundos. Esse encontro utiliza, além das palavras, as imagens, o que venho reiterando ao longo deste trabalho. Acredito que o visual, o colorido, a disposição das luzes, articuladas com as falas, favorecem a constituição da experiência com a morte do outro no cenário midiático.

As figuras 24 e 25 nos mostram uma cena característica dos dias de hoje: a exposição da vida privada, que se torna de domínio público. O *self*, que antes se narrava no diário tradicional, agora vai se constituindo enquanto protagonista da vida, a partir do atravessamento do outro, possibilitado pelas tecnologias da informação, em que os meios de comunicação, como as revistas, encontram-se inseridos (SIBILIA, 2008).

Figura 24-Longe do hospital



Fonte: Veja, 9 nov. 2005, p. 92. Créditos: Paulo Vitale

Figura 25- A mulher que alimentava



Fonte: *Época*, 18 ago. 2008. Créditos: Marcelo Min

Nas imagens divulgadas nas revistas *Época* e *Veja*, a primeira do ano de 2008 e a segunda de 2005, vemos o retrato do processo de morrer no contemporâneo, transposto para o público que lê os dois artefatos. As revistas fazem circular imagens de pessoas com doença fora de possibilidade de cura, chamando a atenção para a morte ocorrida sem a intervenção da tecnologia e fora do ambiente hospitalar. As pessoas são acompanhadas em seus momentos finais, junto da família, sendo retratadas e interrogadas para que, dessa forma, ensinem os outros, que apreenderão com suas experiências. Em tempos de “espetacularização” do vivido, do nascimento, do primeiro beijo, da primeira transa e inclusive da morte, é possível retratar e compartilhar esses momentos íntimos com os demais (SCHWENGBER, 2006; SIBILIA, 2008). Nesse contexto da morte inevitável, o hospital é citado como um local positivo, quando dispõe de uma unidade de Cuidados Paliativos, e é onde se encontra a senhora da Figura 25. Na Figura 24, observamos a nota no canto esquerdo, que diz: “Longe do hospital”. Essa parece ser uma verdade que se faz circular: a boa morte como aquela que ocorre no domicílio. A outra seria a aceitação da morte, que se configura enquanto norma. É importante fazermos um questionamento em relação a esses espaços. Se, em um primeiro momento, observamos a

tentativa de retorno, dos sujeitos que morrem, dos hospitais para suas residências, visando proporcionar a intimidade entre família e moribundo, posteriormente percebemos o quanto se tem mostrado esse evento, por meio de fotografias de pessoas em processo de morrer, em *blogs* e nas redes sociais, como Facebook e Orkut. Entre os anos de 2011 e 2012, circularam pela internet imagens de pais que fotografavam as fases da vida de um filho com doença incurável até o momento da morte, de maridos com suas esposas, etc. Há hoje uma exposição de eventos que antes eram escamoteados das discussões entre amigos, familiares e colegas. As pessoas são instigadas a se mostrar, se narrar em narrativas que são breves e curtas. Aquilo que Walter Benjamin denominou *short story*: pequenas histórias que nos contam, que nos passam e que, com a mesma velocidade, dissipam-se, acompanhando a temporalidade em que vivemos (SIBILIA, 2008).

Chamo a atenção para o destaque que se dá aos sujeitos nas imagens que circulam com o novo Código de Ética Médica e com a autorização da ortotanásia no cenário brasileiro. Nas imagens 24 e 25, o enunciado da individualização desponta por meio de pessoas que tomaram a decisão de não investir na vida a partir do momento em que foi decretada a impossibilidade de cura. A expressão das pessoas envolvidas nas cenas, indica que a morte nessa perspectiva é tranquila e confortável. O jogo de luzes faz aparecer a leveza (e por que não) e alegria de ter feito a escolha correta: deixar-se morrer. Essas sensações não parecem ser experimentadas apenas pelas pessoas doentes, mas pela família, que, por meio do abraço, do toque, as abrigam. Acredito que dar visibilidade às pessoas comuns e fazer circular a imagem da boa morte são estratégias que a mídia utiliza para legitimar certas verdades. Ela funciona como um “local de superposição de verdades, justamente por ter se transformado em um local de produção, veiculação e circulação de enunciados de múltiplas fontes, sejam eles diretamente criados a partir de outras formações, ou a partir dos próprios meios” (FISCHER, 1996, p. 123). A mídia utiliza a narração, o testemunho, o relato da experiência dos outros. Como venho argumentando, a narração é uma forma de enunciação que dá veridicidade àquilo que se faz circular pois aquele que enuncia, parte de uma dada “realidade” vivida e, por isso lhe é dada autoridade para falar. Assim, o sujeito que aparece nas reportagens é “levado a dizer o que viu, ouviu ou tocou, sem análise nem julgamento. A palavra de testemunho compromete o sujeito sobre uma verdade que 'provém apenas do corpo', o que lhe confere os traços da pureza e autenticidade” (CHARAUDEAU, 2009, p. 224).

As duas verdades que circulam, a da morte no domicílio e a aceitação da morte, são

reforçadas pelos modos como as revistas esclarecem os sujeitos a respeito dos conceitos que envolvem o final da vida. Elas publicam textos que podem ser tomados como guias ou manuais que ensinam sobre o significado de termos como eutanásia, ortotanásia, suicídio assistido, etc. Esclarecem e mostram porque devemos morrer, deixando que as doenças sigam seu curso “natural”. Essa função, tanto esclarecedora como direcionadora, faz da mídia uma instituição formadora de opinião, não sendo a vilã muito menos a mocinha quando seleciona e faz circular determinadas verdades. “Os sentidos são compreendidos de acordo com as múltiplas possibilidades existentes. E esta aparente diluição – de sentidos, de imposições, de poderes – é certamente uma das estratégias de sobrevivência, manutenção e atualização das mídias” (ROCHA, 2005, p. 128).

Ainda que não cite a palavra, o Código de Ética Médica autoriza a ortotanásia. Do grego orthos, correto, e thanatos, morte, o procedimento consiste na suspensão dos tratamentos agressivos e inúteis entre vítimas de doenças incuráveis. É dar ao doente o poder de decisão sobre o que lhe resta ainda de vida (VEJA, 28 abr. 2010, p. 105).

Nem antecipar a morte nem esticar a vida, mas garantir que se viva até o fim com dignidade (sobre os Cuidados Paliativos) (ÉPOCA, 15 ago. 2008, p. 58).

Deixar que um paciente morra de forma digna não tem nada a ver com a eutanásia ou com acelerar a morte (VEJA, 4 set. 2002, p. 87).

A mídia atua como tradutora dos conceitos científicos para a população. Por meio do esclarecimento, tanto ensina sobre os aspectos conceituais em torno do final da vida como apresenta os dilemas éticos e legais. Ao utilizar o termo tradução, não acredito que a mídia simplesmente apresenta de outra forma os discursos aos sujeitos. Ela os modifica e também atribui outros sentidos para aquilo que põe em voga e esclarece, visto que todo o discurso que circula carrega consigo uma intencionalidade, a fim de participar dos jogos de poder em torno das relações midiáticas. Ainda a respeito do termo tradução, utilizo-o na perspectiva que Foucault (2008b) aborda na obra *Arqueologia do saber*. A tradução dos termos que envolvem a morte atuam como um procedimento de intervenção na formação de conceitos dentro de

determinados enunciados. Em outras palavras, para pôr em funcionamento certas práticas, é necessário que se facilite o acesso dos sujeitos àquilo que se quer difundir, por meio de técnicas de reescrita, transcrição, tradução, aproximação, delimitação de um campo, e sistematização de elementos que juntos colocam em evidência aquilo que se quer tornar visível. Os enunciados contidos nos discursos, como o da taxonomia, da individualização e da judicialização, precisam ser traduzidos, ditos de outra forma, apresentados por outros meios, outras linguagens que favoreçam suas disposições e (inter)relações, visando assegurar a prática da boa morte e a introjeção desta pelos sujeitos. Por meio dessa disposição, a mídia vai operando enquanto um dispositivo pedagógico que ensina, significa, posiciona e educa as pessoas segundo as direções que ela aponta, em uma determinada cultura (FISCHER, 2002).

No contemporâneo, presenciamos a globalização nos modos de ensinar. Aprendemos por meio da escola, das revistas, da televisão, da propaganda, sendo atravessados pelos inúmeros discursos que pretendem nos constituir como pessoas de determinado tipo, a partir de certas culturas e verdades (HALL,1997). Apresentam-nos diferentes currículos, que, além de disciplinas e conhecimentos sistematizados, articulam-se com a produção de significados, partindo de diferentes espaços de cultura e do encontro com diferentes instituições, dentre elas a mídia (FISCHER, 2002). Um currículo é um caminho que mostra a direção na qual devemos seguir e que tem por finalidade subjetivar sujeitos, tendo sido considerado um instrumento de excelência para educar na modernidade. O currículo atua por meio de um processo educativo, modulando comportamentos. Também contribui na produção de sujeitos por meio da organização e sistematização dos conhecimentos (VEIGA-NETO, 2012). Esse dispositivo “conecta o que se passa no eixo do pensamento com o que se passa no eixo do corpo; entre as muitíssimas coisas que o currículo faz, está a relação que ele estabelece entre o que se pensa e o que se faz” (VEIGA-NETO, 2012, p. 7). É nesse aspecto das relações, entre aquilo que se pensa e aquilo que se faz, que a mídia se configura enquanto dispositivo pedagógico. Os currículos que a mídia elabora vão pontuando as práticas em torno da morte para as quais se quer dar visibilidade e tornar verdade. Nesses currículos midiáticos sobre o final da vida, aponto dois elementos colocados na ordem do ensino sobre o corpo do moribundo: a aceitação da morte e a domesticação desse evento. Nos discursos, verifico a instauração dessa normalidade em relação à aceitação do fim. A família, considerada a base de formação dos indivíduos, é tida como um elemento favorecedor e de suma importância no funcionamento dessa lógica. Ensina-se que as pessoas devem encarar o fim com naturalidade e aceitar esse

evento como algo inevitável. Cria-se a norma da boa morte, que visa capturar os leitores das revistas.

Pacientes com alto grau de espiritualidade, que acreditam existir algo além da vida, enfrentam a morte de forma mais serena. Quem teve uma vida feliz, na qual conseguiu boa parte dos objetivos da juventude, também tende a encarar a morte com tranquilidade [...]. Até a cultura conta, pessoas com menor grau de instrução demoram mais a aceitar que vão morrer dentro de pouco tempo (VEJA, 9 nov. 2005, p. 98).

Um dos meus maiores pesadelos é ter de ficar internada. No hospital, só vejo morrer gente na mesma situação que eu. Como meu caso não tem mais solução, é melhor ficar em casa, que é um lugar cheio de criança e vida (Araci Rosa, paciente fora de possibilidade terapêutica-VEJA, 9 nov. 2005, p. 95).

Esses dois filhos dão a Ailce as duas pontas com as quais ela amarra o final da vida. Marcos, funcionário da escola como ela, cuida das feridas do corpo [...]. Quando a mãe adoce, ele aprende a fazer curativos e a limpar os drenos, administra seus remédios e prepara o café da manhã. Quando ela se torna mais fraca, passa a lhe dar banho (ÉPOCA, 15 ago. 2008, p. 71).

Uma norma se configura a partir da regularidade de certos comportamentos e ações passíveis de serem observadas (FOUCAULT, 2008c). Pela observação das condições favoráveis, sejam elas políticas, econômicas, sociais ou culturais, podem ser inventados padrões de normalidade que capturam os sujeitos em uma trama de relações, visando ao seu enquadramento dentro da norma vigente. A partir dos anos 2000, constitui-se um processo de normalização em torno do final da vida, que, por meio da norma da aceitação, visa inserir os sujeitos na ordem desse discurso. As revistas fazem circular a ideia de que morrer bem é morrer em casa. Ensinam que a morte no domicílio é a boa morte, que ali pessoas morrem felizes e cheias de vida, o que parece um paradoxo, a boa vida leva à boa morte, talvez porque ambas se relacionam. Busca-se a qualidade de vida e o afastamento daquilo que lembre o fim, a começar pelos ambientes, como o hospital, que produz a alienação da vida. Apesar do discurso da boa morte no domicílio ser interessante, positivo e produtivo, muitas das famílias brasileiras não possuem estrutura para abrigar e cuidar de pessoas doentes em

condições de degradação física e emocional. Pessoas nessas condições exigem elevadas demandas de cuidado. O modelo que se propõe, inspirado nos padrões europeus para o final da vida, não encontra em nosso país as mesmas condições econômicas e estruturais para promover uma volta ao lar, resultando em danos para os envolvidos nesse contexto, especialmente aquele que vai morrer (MENEZES, 2004).

A qualidade de vida, expressão mencionada em grande parte das falas sobre a morte, atravessa os discursos sobre o viver bem no contemporâneo e envolve aspectos culturais e subjetivos. A invenção da qualidade de vida está ligada às táticas de condução dos sujeitos, pois se relaciona com as condições físicas, de lazer, bem-estar, alimentação, prática de exercícios, emprego, enfim, com aquilo que é considerado viver bem no modelo neoliberal. A primeira menção ao termo qualidade de vida foi feita por Lyndon Johnson, quando era presidente dos Estados Unidos da América, no ano de 1964. Em um de seus discursos, salientou que os efeitos das intervenções do Estado não eram aferidas pelos resultados econômicos, mas pela qualidade de vida proporcionada às pessoas (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007). A partir daí, foi sendo construída uma rede de saberes sobre esta expressão, que passou a fazer parte dos discursos nas mais diferentes situações da vida.

Hoje, utilizamos o termo qualidade de vida, entre tantas possibilidades, para designar um conjunto de ações que estejam de acordo com aquilo que se deseja e se consegue possuir enquanto bem de consumo, material ou imaterial. Desejamos ter saúde, não sentir dor, poder nos alimentar adequadamente, vestir uma roupa considerada boa. Para tal, é preciso seguir uma série de prescrições, especialmente oriundas do sistema educacional, já que, na modernidade, a escola continua sendo o local que abriga as certezas de um futuro estável econômica e socialmente falando. A mídia faz aparecer esses valores e tensiona os diferentes espaços de formação de sujeitos (FISCHER, 2002). Ela articula relações entre os espaços escolares, jurídicos, da saúde, da família, pondo em voga a qualidade de vida a que todos desejam ter acesso. Embora se trate de um conceito subjetivo, é possível identificar, nos estudos da área da saúde, escalas que avaliam quantitativamente o nível de qualidade de vida, como a escala WHOQOL-Bref, escala de Flanagan e o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers¹³ (TELES ZATTA et al, 2011). A utilização dos números e essa aferição por meio de estatísticas funcionam como um modo de conhecer os sujeitos e planejar as condutas

13 Para esclarecimentos sobre as escalas de avaliação de qualidade de vida, sugiro o seguinte artigo: Produção científica de enfermagem sobre instrumentos genéricos que avaliam qualidade de vida no Brasil entre 1997 a 2007: Estudo bibliográfico.

a partir disso. Destaco que além das escalas para aferir o nível da qualidade de vida, há escalas que medem a qualidade do processo de morrer. Elas avaliam diferentes dimensões como sintomas, a preparação do paciente para a morte, as preferências de tratamento, preocupações da pessoa doente e o tempo de permanência da família ao lado do moribundo. A partir de determinada pontuação, é possível classificar e organizar a boa morte (VENEGAS; ALVARADO, 2010).

Desse modo, o conceito da boa morte está relacionado com a aceitação da morte e com a possibilidade de um morrer tranquilo e seguro. Quando se fala que as pessoas com melhores condições econômicas, aquelas que viveram mais felizes ou que conseguiram realizar seus objetivos são as que têm maior capacidade de aceitação do fim, tratamos de um sujeito moldado pelas investidas de uma biopolítica neoliberal, de um sujeito que é considerado protagonista da sua vida e da sua morte. Nas reportagens evidencia-se que depende de cada um e das investidas sobre si conseguir aceitar e experimentar um bom final da vida. Esse é o padrão que vai desenhando a norma. E para colocá-la em funcionamento, a família atua como um dispositivo corresponsável pela produção da qualidade da morte. Isso é mostrado nas narrativas sobre os cuidados que a família dispõe para o doente em processo de morrer. A família é tomada como fundamental para aliviar a dor e o sofrimento. São inúmeras as imagens que circulam mostrando a sensação de bem-estar dos sujeitos quando estão no domicílio ou mesmo na enfermaria de Cuidados Paliativos, junto dos familiares.

Figura 26-Cenas do morrer



Fonte: *Época*, 18 ago. 2008, p. 73. Créditos: Marcelo Min

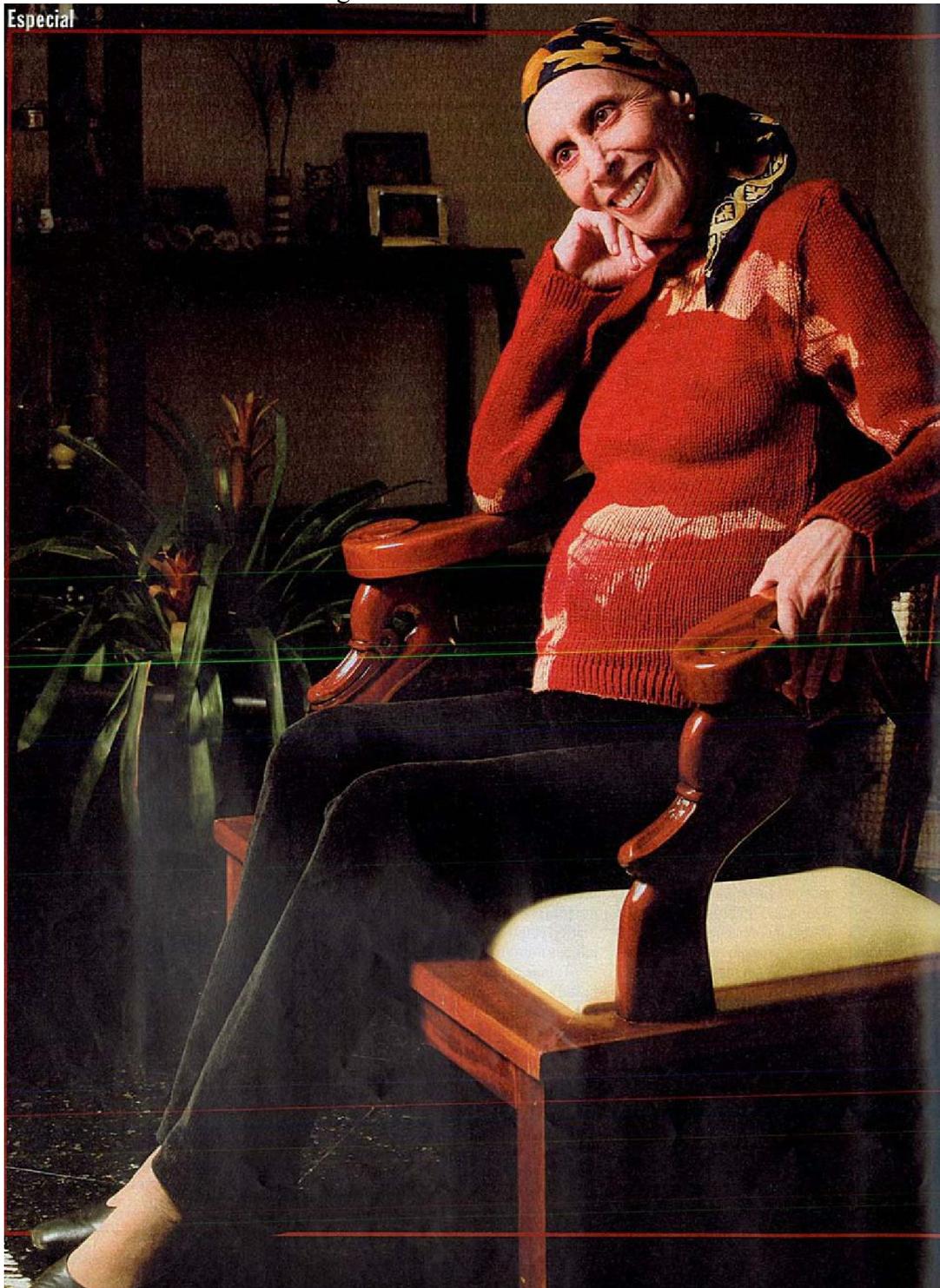
A família aparece nas revistas como o elemento primordial para fazer operar a boa morte. Ela instaura o currículo do final da vida. Também é com a família que os sujeitos que vão morrer precisam se preocupar. A situação econômica de quem fica, os gastos despendidos para manter pacientes em UTIs, as investidas terapêuticas com medicações de custo elevado são apontados como preocupações no momento do planejamento da morte. É preciso racionalizar o modo como se deseja morrer. Normalizar a morte é necessário, mas não o suficiente: “falta compensar a perda dos mortos, reorganizar as relações sociais de sexo, parentesco, idade, propriedade, direitos e obrigações” (RODRIGUES, 2006, p. 67). Verifico, pela Figura 26, que os familiares são convidados a participar do fim. Se a pessoa não morre em casa, a família deve presenciar seu fim em um local que possibilite isso. Entretanto, a família presente se dispersa. Na imagem, a senhora que está morrendo, ao centro no leito, está rodeada de pessoas que parecem ser familiares e amigos. Os sujeitos envolvidos na cena parecem estar distraídos: uns comunicam-se com os outros e a pessoa doente, mesmo rodeada de familiares, agoniza de forma solitária. Apesar disso, a revista evidencia a sensação de bem-estar e felicidade no momento da morte, seja ela no lar ou no hospital, desde que seja junto das “pessoas queridas”.

No contemporâneo, os sujeitos precisam estar felizes ou pelo menos parecerem felizes. Esse é um imperativo da atualidade. É preciso sorrir nas fotos, contar as alegrias, afastando a tristeza e a solidão do cotidiano. A mídia opera para difundir esse modo de vida, por meio das propagandas, das novelas, dos filmes e das músicas. Existe uma preocupação em produzir e mostrar comportamentos para a competitividade, destacando, apontando quem é o mais feliz (CASTRO, 2011). Nos discursos sobre a morte e o morrer, também reconheço o atravessamento desse imperativo por meio de práticas frente à morte que visam extirpar a tristeza e os momentos de melancolia, característicos do fim. As pessoas que falam às revistas debatem uma morte feliz, na qual não há lugar para o sofrimento. É preciso viver intensamente e ignorar aquilo que pode abater e desequilibrar emocionalmente. Mesmo quando a doença está em estágio avançado, é preciso manter o sorriso e o bom humor, o que, segundo as revistas, consegue-se por meio do planejamento da boa morte.

Mesmo 14 kilos mais magra, Rosemari não se deixa abater (VEJA, 9 nov. 2005, p. 97).

Sempre acredito que vou melhorar, faz parte do meu temperamento, mas se por acaso não melhorar, só não quero sofrer (Rosemari Campos de Andrade, paciente fora de possibilidade terapêutica- VEJA, 9 nov. 2005, p. 97).

Figura 27- Aula de otimismo



Fonte: Veja, 9 nov. 2005, p.96. Créditos: Paulo Vitale

Não aceitar o sofrimento, a dor, aquilo que possa remeter ao fim, é relatado como o correto. As pessoas são incitadas a encarar a morte pensando na vida e nas suas positivities. Sintomas como a fadiga, a fraqueza, a hesitação, o padecimento, característicos das doenças fora de possibilidade de cura, são suprimidos na tentativa de viver uma vida e uma morte contornadas de felicidade, que é tanto compulsiva como compulsória (CASTRO, 2011; FREIRE FILHO, 2010). É um jeito diferente de nos constituirmos enquanto sujeitos deste tempo, que nos individualiza e conduz à busca da felicidade, tida como um objetivo que deve ser alcançado. Esse imperativo se relaciona com o enunciado da individualização, pois indica como as pessoas em processo de morrer devem investir na felicidade para produzir a boa morte. A aceitação desse evento atrelada com o imperativo da felicidade aponta que a morte serena depende do investimento e do cuidado que cada um despense para o seu final da vida. Trata de reconhecer-se e constituir-se enquanto sujeito de suas ações, que, em relação com o outro, define o que é melhor para si, diante de determinadas circunstâncias que rondam o fim (FOUCAULT, 2007b).

Nesse sentido, morrer bem depende do quanto cada um investe em si para ser feliz e, assim, proporciona-se uma boa morte. As revistas incubem aos leitores a responsabilidade dessa decisão, a partir daquilo que fazem circular, ensinando como se deve morrer: aqueles que não aceitam o fim e decidem insistir estão errados, provocam sofrimento e prolongam a morte, tida como indigna e sem qualidade. Para isso, recorre-se novamente à narrativa e à experiência de pessoas que tiveram a morte “adequada” ou a morte prolongada por meio do investimento tecnológico, considerada “anormal”. A revista *Veja* cita o exemplo positivo de Jacqueline Kennedy Onassis, que, após receber o diagnóstico de um linfoma não Hodgkin, tipo de câncer hematológico grave, decidiu não permanecer no hospital e elaborar um testamento vital reforçando que não gostaria de morrer atrelada a aparelhos. Ela é aclamada e assinalada como um exemplo a ser seguido. A *Veja* também cita o quanto a população estadunidense modificou sua forma de encarar o fim a partir do exemplo da ex-primeira-dama. A revista *Época* aponta o que acontece com os sujeitos que decidem insistir na vida, trazendo o exemplo da escritora Susan Sontag, que, mesmo tendo discutido em seus livros aspectos relacionados à doença, à morte e ao sofrimento, não conseguiu lidar com a própria terminalidade.

Em observância de seu testamento vital, Jacqueline Kennedy Onasis foi levada ao seu apartamento na quinta Avenida de Manhattan, quando nada mais podia ser feito para livrá-la de um câncer em estágio avançado. O caso de Jackie ajudou a popularizar o testamento em vida e, há três anos, 40% dos americanos declaram ter assinado um desses documentos (VEJA, 28 abr. 2010, p. 107).

A escritora Susan Sontag fez uma escolha oposta. Autora de livros sobre a doença e a morte, Susan morreu com câncer em 2004, aos 71 anos, sem conseguir aceitar sua condição [...]. Susan morreu coberta de feridas e hematomas, sem se despedir de ninguém. Seus últimos meses foram descritos pelo filho, David Rieff, em 'Nadando em um mar de morte- memórias de um filho'. 'Eu não podia nem dizer que a amava, porque isso seria interpretado como despedida', diz David (Época, 15 ago. 2008, p. 62).

Há uma dramatização e culpabilização daqueles que não conseguem se inserir na ordem do discurso da boa morte. O sofrimento, aspecto tão temido por aqueles que estão no final da vida, assola os que decidem insistir nos tratamentos considerados inúteis ou fúteis. É preciso desistir de determinadas terapêuticas e da tecnologia, caso contrário a solidão, a tristeza e a infelicidade estarão presentes no final da vida. Assim, as revistas tornam inadmissível que as pessoas insistam na vida quando a morte já está próxima. Tal fato tem como efeito o sofrimento não somente daqueles que vão morrer, mas também “prejudica” os envolvidos, que ficam submersos na angústia de não poderem participar ativamente do conforto desse acontecimento. Por meio de exemplos, as revistas educam, ensinam e apontam o que é correto na hora do fim. E tais discursos devem vir de pessoas influentes, na tentativa de legitimar o discurso que circula. Cita-se a ex-primeira-dama dos EUA, uma nação apresentada como poderosa e desenvolvida e a autora de livros sobre doença e morte, que ganhou reconhecimento e prestígio por suas produções no meio acadêmico. Com essa articulação entre as narrativas, as experiências e o status dos enunciadores, constroem-se as regras de circulação daquilo que se quer tornar verdade. O que se enuncia ganha força para a constituição de posições de sujeitos (FOUCAULT, 2008b), as quais os leitores são chamados a ocupar. Nesse sentido, Patrick Charaudeau aponta a utilização que a mídia faz de pessoas reconhecidas para publicitar a vida privada e seus aspectos íntimos, como o final da vida. Segundo esse autor, na tentativa de validar uma norma,

quando as revistas populares começaram a aproveitar-se da vida privada das estrelas do *show business*, era para tornar público o privado; quando a televisão moderna mostra os políticos, com esposa e amigos, é para tornar público um outro tipo de privado; quando se fazem programas com indivíduos anônimos que são transformados em heróis por um dia diante do público e das câmeras, como nos *reality shows*, trata-se ainda de tornar público o privado até então desconsiderado. Assim, sendo, é através dessa sucessão de recomposições da oposição público/privado que o que é transgressão num primeiro momento torna-se norma posteriormente (CHARAUDEAU, 2009, p. 117-118).

A normalidade, agora, é encarar o fim, agir positivamente frente a esse evento e então, produzir uma morte “bem vivida”. Assim, “podemos identificar o ideal da morte apaziguada na contemporaneidade, tanto mais normal quanto menos dramático for seu desenrolar” (MARINHO; ARÁN, 2011). Tal norma individualiza e produz a positividade do morrer nos dias atuais, a partir da lógica da aceitação que, tanto em termos econômicos quanto sociais, apresenta aspectos importantes e impactantes na condução das populações e sociedades contemporâneas (CASTRA, 2003). Esse padrão de aceitação tem tido um investimento não somente nos adultos, mas também na área pediátrica. As famílias são orientadas a aceitar o fim, especialmente das crianças com doença oncológica, que devem estar, assim como os adultos, sob Cuidados Paliativos, que asseguram o modo adequado de se morrer (MENEZES; BARBOSA, 2013).

Os discursos da religião corroboram a instauração desse padrão. Noto que as revistas consultam autoridades de diferentes crenças para saber suas opiniões a respeito das condutas no final da vida. Embora a morte venha se tornando laicizada desde o final do século XVIII, há uma mistificação em torno dos ritos de passagem, especialmente atrelados aos discursos religiosos e suas orientações. Católicos, muçulmanos, judeus, entre outros, marcam a morte por ritos de passagem que envolvem desde a extrema unção até o oferecimento de oferendas para simbolizar o fim (INCONTRI; SANTOS, 2007; RODRIGUES, 2006). Dessa forma, é reconhecido o papel das religiões e a importância que se dá aos discursos dessas instituições em questões polêmicas como a eutanásia e mais recentemente as discussões sobre o testamento vital.

Padres, rabinos, religiosos e pastores ouvidos por VEJA dão os mesmos conselhos que qualquer pessoa de bom senso daria: se a morte é inevitável, deve-se procurar que aconteça com o mínimo de sofrimento (VEJA, 4 set. 2002, p. 90).

Esses discursos dialogam com os Cuidados Paliativos e com a aceitação da morte. Autorizado pela religião, o sujeito deixa de ser criminalizado ou até mesmo discriminado por desejar morrer e tem apoio para realizar sua vontade. O sofrimento deve ser evitado e as autoridades religiosas orientam que não é preciso passar por tal situação, desde que a morte não seja apressada, nem forçada. Ela deve transcorrer em seu curso “normal”. Assim, a religião atua como um dispositivo facilitador para a normalização do processo de morrer, difundindo a aceitação do fim (MARINHO; ARÁN, 2011). Estudos realizados no campo da enfermagem demonstram o quão produtiva tem sido a utilização de preceitos da espiritualidade e da religiosidade no cuidado aos sujeitos doentes e sob Cuidados Paliativos. As enfermeiras utilizam questionários para conhecer as crenças das pessoas, a fim de intervir nas necessidades e demandas de cuidados espirituais. Buscam aproximar padres, pastores, rabinos, entre outras figuras, visando contribuir com a aceitação do fim. A religião possui discursos que acomodam os corpos e confortam, seja por palavras de solidariedade ou por indicarem a possibilidade da continuidade da vida em outro plano (CERVELIN, 2012; SILVA, 2012). A transcendentalidade tranquiliza, promove a aceitação da morte e proporciona a serenidade, a segurança e a esperança, seja de viver um dia a mais ou simplesmente por ter algo em que acreditar. Percebo o entrelaçamento dos enunciados da judicialização, da taxonomia, do imperativo da felicidade que visam produzir esse sujeito que governa o seu fim. A partir da intervenção midiática, que põe em voga essas novas práticas sobre a morte contemporânea, somos aconselhados e orientados por discursos que “propõe a todos nós que façamos minuciosas operações sobre nosso corpo, sobre nossos modos de ser, sobre as atitudes a assumir” (FISCHER, 2002, p. 156). Trata-se de um governo de si pelo discurso do outro, que orienta e, depois (ou junto) do processo educativo, também avalia.

A avaliação faz parte do processo de aprendizagem e, nos currículos atuais, desempenha um papel fundamental. Por meio dela, é possível verificar o quanto cada um aprendeu sobre aquilo que lhe foi ensinado, o quanto ainda precisa aprender, o quanto está preparado para desenvolver alguma coisa e o quanto introjetou do assunto para mudar aspectos de sua vida. O caráter avaliativo do currículo está respaldado pelo modelo neoliberal, que atua como uma forma de vida, um modelo utilizado como técnica de governmentação na tentativa de conduzir a população, homogeneizando os comportamentos por meio da diversidade e da flexibilidade dos corpos (VEIGA-NETO, 2012). A avaliação entra nos jogos neoliberais como um meio de tensionar a competição, impulsionadora da lógica vigente.

Durante todo o tempo, somos avaliados com base nas produções acadêmicas, no número de artigos publicados. Para ingressarem em um curso superior no Brasil, os estudantes passam por um processo avaliativo que exclui uns e inclui outros; as escolas e instituições são avaliadas, ranqueadas e, assim, são verificados os seus níveis de excelência em função de certos critérios. Nos hospitais, temos os processos de “acreditação” hospitalar, que dispõem regras a serem seguidas e, a partir de então, os colaboradores e as instituições são avaliados e recebem, ou não, um certificado de adequação a determinadas normas. Poderia citar outros exemplos, entretanto quero apontar a necessidade de avaliar e o papel de determinar quem será incluído ou excluído nas relações que esse processo implica. Há um deslocamento no momento atual, no qual se dá ênfase a essa fase do desenvolvimento de um currículo. Desse modo, se anteriormente havia uma exaustiva preocupação com a maneira de ensinar e com a disposição dos conteúdos, hoje há um direcionamento para a avaliação dos sujeitos escolares (VEIGA-NETO, 2012).

Nas revistas, esse jogo avaliativo também entra em cena. Na primeira unidade analítica, mostrei como a mídia ensina a planejar a morte, o que devemos fazer e quando; na segunda, aponte quem nos orienta nesse caminho e, por fim, mostro como, no currículo do final da vida, somos avaliados se estamos ou não preparados para decidir de maneira “correta” sobre o fim. Trago um teste elaborado pela revista *Veja* que busca aferir se os sujeitos estão prontos para elaborar o testamento vital. Esse documento foi apresentado na edição de setembro de 2012 e está articulado com os conceitos de qualidade de vida, com a inserção da família na hora e depois da morte e com as questões financeiras levantadas ao longo das reportagens.

A figura da Figura 28 mostra um tipo de avaliação encontrado com frequência nas revistas. Geralmente esses artefatos utilizam questionários do tipo *quiz*¹⁴, para identificar o nível de aprendizagem dos leitores sobre um assunto. O sujeito que realiza o teste deve estar apto a mudar para que possa estar inserido na norma, que nesse caso indica a aceitação da morte. Espera-se que ele reveja seus valores e analise suas práticas a fim de inserir-se no grupo daqueles que estão abertos às mudanças, que são flexíveis e capazes de mudar, conforme aquilo que se apresenta como correto no momento (GERZSON, 2007).

14 *Quiz* são questionários utilizados para avaliar quantitativamente o quanto uma pessoa sabe sobre algum assunto. Geralmente são objetivos e fechados, possibilitando respostas com sim ou não. Muitas revistas utilizam esse instrumento como uma ferramenta avaliativa em relação aos leitores, no final de algum assunto abordado. Além de aferirem a capacidade de absorção de um conteúdo, eles também funcionam como um elemento interativo entre o leitor e a revista.

Figura 28- Você está preparado para o testamento vital?

VOCÊ ESTÁ PREPARADO PARA O TESTAMENTO VITAL?

Alguns pontos fundamentais devem ser levados em consideração na elaboração do testamento vital. Com base em um modelo proposto pela organização americana Compassion & Choices, com treze opções de múltipla escolha e nove questões dissertativas, a geriatra Ana Claudia Arantes elaborou, a pedido de VEJA, um teste para ajudar o leitor a identificar quais os conceitos mais decisivos que o influenciarão a determinar o tipo de tratamento que quer receber em caso de doença terminal

Etapa 1 — Classifique, em uma escala de **0** (menos importante) a **4** (mais importante), como você avalia as situações a seguir:

1) Deixar a natureza seguir seu curso	0 1 2 3 4
2) Preservar minha qualidade de vida, ou seja, ser capaz de fazer e viver tudo aquilo que considero importante	0 1 2 3 4
3) Manter-me fiel às minhas crenças espirituais e tradições	0 1 2 3 4
4) Não ter a vida prolongada se não for possível manter minha qualidade de vida	0 1 2 3 4
5) Ser capaz de tomar minhas próprias decisões e ser independente para poder viajar, trabalhar e sair com os amigos	0 1 2 3 4
6) Sentir-me confortável, com o mínimo de sofrimento físico possível	0 1 2 3 4
7) Poupar a minha família de me ver doente	0 1 2 3 4
8) Ser capaz de me relacionar com meus familiares e amigos	0 1 2 3 4
9) Estar livre de limitações físicas que me impeçam de cuidar de mim mesmo	0 1 2 3 4
10) Estar consciente e dono de minhas faculdades mentais	0 1 2 3 4
11) Morrer rapidamente e não ter a vida prolongada de modo artificial	0 1 2 3 4
12) Não gastar muito dinheiro com assistência médica no fim da minha vida para evitar prejuízos financeiros à família	0 1 2 3 4

Etapa 2 — Some os pontos de cada uma das doze questões e confira o resultado abaixo

Até 15 pontos

Você prefere ser submetido a todas as opções terapêuticas para prolongar sua existência, mesmo que isso custe caro e que não haja a possibilidade real de manter-se com boa qualidade de vida

De 16 a 32 pontos

Você ainda não se sente preparado para decidir sobre como prefere morrer caso seja acometido por uma doença terminal

De 33 a 48 pontos

Você quer ter sua vontade respeitada com base nas condições que estabeleceu para si mesmo, sem o prolongamento desnecessário (e artificial) de sua vida

Verifico o direcionamento das respostas para a escolha dos elementos apontados como favoráveis para se obter um bom final de vida. Deixar a doença tomar o curso natural, pensar nas finanças da família, no quanto de qualidade de vida se pode ter nesse momento são fatores elencados na hora de aferir a tomada de decisão correta. Noto que o questionário foi elaborado a partir das orientações de uma médica entrevistada em outras reportagens, seguindo os moldes de uma organização estadunidense que auxilia pessoas a elaborarem testamentos vitais, provocarem suicídio assistido, e oferece orientações espirituais, entre outros serviços. A opção por trazer sujeitos e instituições que tenham visibilidade assegura a validade do teste que se aplica aos leitores. Esse papel avaliativo, que indiretamente é realizado por *experts* e operado pelas revistas, consolida e efetiva o papel da mídia enquanto um dispositivo pedagógico que ensina, mas que também avalia e julga aqueles que ela categoriza como os “não preparados” para a morte. Essas avaliações também contribuem para debater aquilo que é difundido e se torna “o tema da vez”. As ferramentas avaliativas proporcionam a interação do leitor com os artefatos, dando-lhes um caráter atual e tornando-os atrativos em termos de transmissão de uma ideia e para o consumo desses instrumentos de informação (CHARAUDEAU, 2009). Destaco o tom de pesar que é utilizado quando o sujeito apresenta uma pontuação que o insere no grupo dos não preparados para a morte. Assim, como no caso de Susan Sontag, o sujeito se torna corresponsável pelos problemas causados à sua família. Se insiste em tratamento, parece não se importar com os ônus físico e econômico com os quais a família teria que arcar. O enunciado da individualização aparece, novamente, atrelado aos discursos sobre a boa morte, desta vez de maneira avaliativa. Ele incumbe a cada um a responsabilidade não só pelo “bem morrer”, mas pelo que vai acontecer com o outro. Trata-se de um trabalho sobre as condições materiais, imateriais e de relações que precisam ser lapidadas na hora da morte e que, pela lógica neoliberal, podem ser efetuada por cada um, pois, nesse modelo, “a vida pode ser melhor, mais rica e mais completa para todos, com oportunidade para cada um segundo suas capacidades e conquistas, independentemente da classe social ou circunstâncias de nascimento” (ADAM, 2001, p. 214-215), além de ser menos onerosa para o Estado.

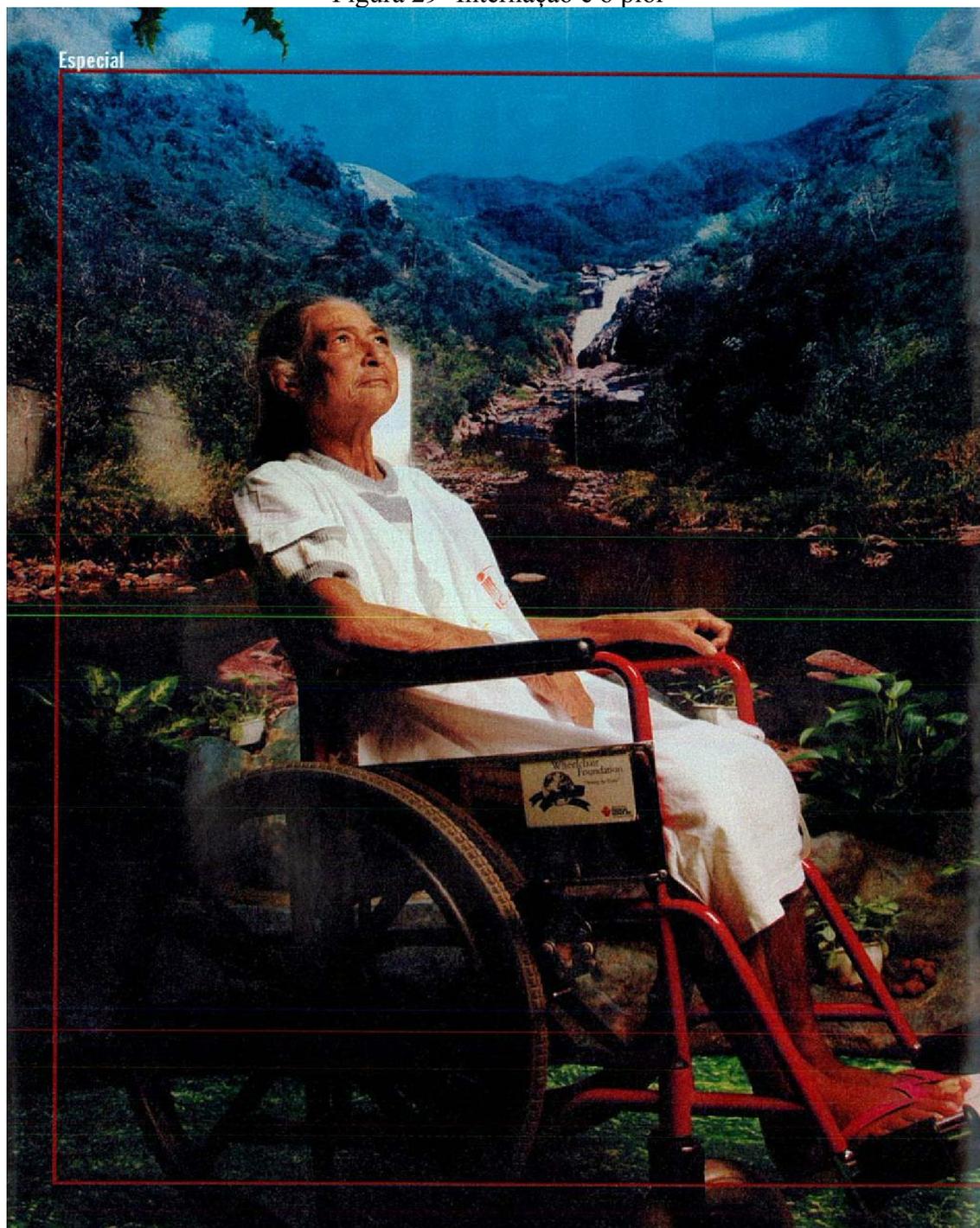
Os números e as palavras constituem as avaliações. A mídia utiliza esses recursos para divulgar e contribuir com a difusão da aceitação da morte. Os números, as porcentagens, as estatísticas são elementos que adquirirão importância no governo dos sujeitos. Por meio dos

números, é possível mensurar, mostrar e posteriormente avaliar e intervir, direcionando os caminhos para a melhor administração da saúde, educação, economia, otimizando as condutas individuais, coletivas e racionalizando as ações do Estado (BELLO; TRAVERSINI, 2009; FOUCAULT, 2001; FOUCAULT, 2008c). As técnicas avaliativas se configuram como uma das táticas que favorecem a governamentalidade, não só da vida, mas também da morte, visto que ela “opera no nível da população: dividindo, ordenando, indexando, ranqueando, julgando” (VEIGA-NETO, 2012, p.11). É possível, assim, classificar os sujeitos e dispor de táticas que pulverizem aqueles considerados anormais, incluindo-os na lógica da boa morte. A partir da observação, essas regularidades produzidas pelas políticas de saúde, resoluções e diretrizes são postas em circulação pela mídia, tornando possível conhecer, planejar e intervir nas condutas das pessoas em processo de morrer. Com isso, é possível moldar o comportamento dos indivíduos, otimizando-se as práticas de governo sobre os corpos, que delimitam as fronteiras de atuação dos profissionais sobre os doentes, do Estado sobre as coletividades e da constituição de cada um a partir dos enunciados que atravessam essas disposições em torno da morte contemporânea.

A mídia produz o currículo do final da vida. Ela educa e mostra o caminho correto para aquilo que parece ser a ordem do discurso atual: a boa morte a partir da aceitação desse evento. Por meio da disposição das imagens, dos jogos com as luzes, das cores, dos quadros e dos números, inventa-se o caráter legítimo e verdadeiro para aquilo que se quer pôr no jogo político sobre o morrer. A partir dessas disposições, os sujeitos podem ser capturados e subjetivados por esse modelo que os artefatos apontam. Pouco a pouco, eles nos ditam as formas como devemos morrer nos dias atuais, articulando religião, ciência, filosofia, cotidiano de vida e justiça, convidando os sujeitos a participarem das diferentes táticas para a (re)domesticação e docilização da morte, nos moldes do modelo neoliberal.

5 SOBRE A CORAGEM DESSAS VERDADES

Figura 29- Internação é o pior



Fonte: Veja, 9 nov. 2005, p. 94. Créditos: Miriam Fichtes

Concluo este trabalho com a imagem que está na revista *Veja* de 2005, onde se apresenta uma senhora em cadeira de rodas, com aparência debilitada, enfraquecida e emagrecida, retrata os sujeitos em processo de morrer que foram apresentados nas revistas analisadas. Mulher, adulta, com câncer, morrendo, mas acima de tudo aparentando estar feliz. Feliz mesmo diante de um evento tão significativo e impactante na vida de cada um: defrontar-se com a própria morte. Feliz por encontrar o conforto e a tranquilidade de um paraíso, simbolizado pelas imagens ao fundo da fotografia e pela aceitação do fim. Feliz por sentir-se única, ela recebe o destaque na cena. Feliz pelos traços de seu rosto e seu corpo que se encontram em meio a simplicidade das vestimentas e dos calçados que usa, que transmitem a sensação de conforto, bem-estar e desapego daquilo que é material e que não parece mais importar. Simplesmente feliz. O imperativo da felicidade que ronda nossas vidas quando o assunto é trabalho, educação, autoestima, agora, também invade a morte, deslocando o clima nostálgico e trágico que até o final do último século parecia impregnar esse momento.

Reconheço a mídia, especialmente as revistas, como potentes dispositivos pedagógicos que nos ensinam a nos portar, vestir, viver e morrer. Seu papel enquanto construtora de um currículo do final da vida está povoado de enunciados que emitem verdades sobre o fim. Parece emergir um novo jeito de morrer, promovendo rupturas e deslocamentos no pensamento sobre a morte e nas práticas dispostas pelo Estado, operadas por profissionais de saúde e posta em circulação pelos meios de comunicação. Acredito e concordo com outros autores e autoras que trabalham com artefatos culturais (FISCHER, 1996; FISCHER, 2002; ROCHA, 2005; SCHWENGBER, 2006; GERZSON, 2007; CHARAUDEAU, 2009; HENNIGEN, 2010; NIEMEYER, 2010; RIBEIRO, 2012), como as revistas, o cinema e a televisão, que a mídia atua de forma imperativa para pôr em funcionamento táticas para a condução da conduta dos sujeitos. A mídia produz e é produzida por esses discursos que se confundem, relacionam-se e articulam-se para fazer viver e deixar morrer.

Somos atravessados por esse dispositivo que nos constitui enquanto sujeitos que querem decidir o seu fim. Sujeitos que querem morrer com qualidade de vida e de morte, evitando medidas fúteis quando viver já não é mais possível. Nos constituímos pelas palavras do pastor desse tempo, o médico, que orienta, guia e indica os caminhos a serem seguidos, neste caso dispostos nas páginas de *Veja* e *Época*. Noto que, mesmo em tempos em que se convoca os sujeitos a decidirem sobre a sua morte e as práticas que se inscreverão em seus

corpos, estamos sob recomendações médicas. E quando nada mais pode ser feito para a cura, a família e a enfermagem entram em cena para cuidar. Instauram-se dois polos de saberes: o do discurso, do diálogo e, o dos cuidados com o corpo, com as excretas, com a sexualidade. Criam-se dois extremos na área da saúde. O da medicina que orienta e pensa e o da enfermagem que cuida e faz. Acredito ser impossível essa dissociação entre o fazer e o pensar, entre o que é considerado prática ou teoria. Ambas as profissões, assim como as demais da área da saúde que não aparecem para os leitores, são importantes para instituir políticas públicas, programas e diretrizes que se pretende estabelecer em torno da aceitação da morte. Das análises emergem visibilidades e dizibilidades sobre o morrer que perpassam majoritariamente pelo conhecimento médico, marcando o espaço que essa categoria ocupa nas construções históricas de saber e de poder da sociedade ocidental. A enfermagem, em suas raras aparições nas reportagens, tem pouca visibilidade na mídia, mas é estratégica nas políticas que visam organizar o retorno da morte para o domicílio. Uma vez que tem sido articuladas entre a família, o lar e a ciência.

Os enunciados que chamaram minha atenção, os quais percebi terem uma regularidade nos discursos, que acredito ter conseguido isolar e fazer aparecer em relação com os demais foram o da taxonomia, da judicialização, da domesticação da morte e o da individualização dos sujeitos. Penso que eles permearam os discursos que me propus analisar, demonstrando, por meio das relações e de suas inserções histórias, os deslocamentos atuais em torno da morte. Reconheço que esses enunciados operam para dar visibilidade ao sujeito moldado pelo neoliberalismo, um sujeito que é educado para cuidar de si e acreditar que por meio de suas decisões é possível ter uma boa morte. Através da justiça, **ele** pode buscar/lutar pelo direito de viver e de morrer. Mais do que isso, pode escolher onde quer morrer: no domicílio ou em uma unidade de Cuidados Paliativos. É um sujeito convocado a ser partícipe de sua morte; a otimizar os custos dispendidos em torno do fim, a reduzir o seu sofrimento e o de sua família. **Ele** precisa ser nomeado, classificado e apresentado como paciente fora de possibilidade de cura ou simplesmente, terminal, para assim, receber a intervenção necessária.

Nomear. Classificar. Escolher. Participar. Morrer. Verbos que convocam e que inserem os sujeitos em processo de morrer no jogo da biopolítica. Nesse modelo que propõe o investimento na vida, que proporciona as melhores táticas para fazer viver, utiliza-se da biologia, da tecnologia, da educação, reduzindo a mortalidade, a morbidade, os riscos, mas que, tendo em vista aquilo que é inevitável e dispendioso, deixa morrer. Deixa morrer, de

forma produtiva, por meio de intervenções que promovem o bem-estar e a qualidade de vida; que minorizem custos e potencializem os serviços hospitalares; que diminuam gastos com medicações dispendiosas e equipamentos “desnecessários”. Um investimento que não importa se é ruim ou bom, mas necessário para conduzir as condutas e assim, produzir “pastores de si”, que governem seu fim, evitem ser um peso para suas famílias e minimizem as intervenções do Estado.

Os rituais e a maneira como encaramos o fim da vida, se modificam a partir dessas rupturas. É preciso atender ao pedido daqueles que **querem ajuda para morrer**. A morte passa a ter um caráter natural e invade as revistas, algo que em períodos anteriores não aparecia nos discursos da mídia. Narramos, descrevemos, nos emocionamos e aprendemos com a experiência dos sujeitos sem fama e dos *experts* que nos contam suas histórias. Aprendemos com o outro sobre esse novo jeito de morrer, somos ensinados e, como tal, não poderíamos deixar de ser avaliados, especialmente quando uma norma tão importante em termos de biopolítica, se faz emergente no cenário brasileiro. Estamos preparados para decidir sobre o nosso fim? O importante não é a resposta para esta pergunta, mas a trajetória percorrida em relação às práticas em torno da morte. Talvez, por pensar o conceito de liberdade como algo inacessível e abstrato, nos caminhos que Michel Foucault nos aponta, penso que a norma muda de tempos em tempos, que caminhamos “de dominação em dominação” e que estamos presenciando um momento de rupturas nas práticas do final da vida. Se em outros tempos, nossos corpos moribundos pertenciam aos religiosos, ao soberano, ao médico, talvez estejamos em uma tentativa de produzir sujeitos que governem o seu fim. Verifico uma ruptura importante, deslocamentos de poder nas relações de saber que circunscrevem os corpos doentes, a família e os profissionais de saúde. São essas novas relações que precisam ser melhor descritas, esmiuçadas, detalhadas em outros trabalhos, que a partir deste, ficam em aberto. As leituras são muitas, as práticas são outras, a morte está aí, mas quem está preparado para decidir sobre o seu fim? Eu, felizmente, ainda não sei e nem tenho respostas para tal. Mas acredito, enquanto enfermeira, que os caminhos apontados nessa dissertação nos levam a questionar as práticas sobre a morte, nos convidam a olhar e ouvir aquilo que circula entre aqueles que cuidamos e que tem efeitos de significação. Em algum momento, esses pacientes/leitores participarão desse acontecimento inerente a vida, adotando determinadas posturas, comportamentos, questionando aquilo que lhes foi ensinado (também) nos meios de comunicação.

Por fim, com este estudo não pretendo encerrar as discussões sobre um acontecimento tão complexo, mas quero afirmar o quão corajosa me pareceram as verdades que se fizeram visíveis nesses últimos anos, que nos saltam aos olhos e capturam nossos olhares para a morte, tão temida e escondida durante décadas. É preciso estarmos atentos a esses novos modos de morrer no contemporâneo, que exigem dos profissionais de saúde capacidade técnica, relacional, típicas do trabalho imaterial. Para além, penso que a aceitação da morte talvez seja um enunciado que desponta no contemporâneo, que requer o trabalho de cada um sobre si para produzir novas formas de agir, pensar e decidir sobre o fim. Fica a incerteza: será que esses novos modos de morrer constituirão a boa morte? Mas também se acende a possibilidade de (re)significar esse acontecimento, partindo das condições e necessidades históricas, políticas, econômicas, sociais e culturais deste momento que nos convida, o tempo todo, a produzirmos novas formas de viver e também de morrer.

REFERÊNCIAS

- ADAM, J. T. **The epic of America**. New York: Simon, 2001.
- ALVES, R. **O médico**. 7. ed. Campinas: Papirus, 2002.
- ARAÚJO, S. T. C. DE; CAMERON, L. E.; OLIVEIRA, L. F. D. DE. The olfactory sense in a hospital nursing care. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 811–817, dez. 2011.
- ARIES, P. **O homem diante da morte**. Cidade do Porto: Francisco Alves, 2000.
- ARMSTRONG, K. **Breve historia do mito**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- AUDOIN-ROUZEAU, S. O corpo e a guerra. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.-J.; VIGARELLO, G. (Eds.). **História do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2008. v. 3, p. 365–441.
- A ÉTICA na vida e na morte. **Veja**, São Paulo, ano 43, n. 17, p. 100-108, 28 abr. 2010. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>> Acesso em: 12 jan. 2013.
- ATÉ ONDE prolongar a vida. **Veja**, São Paulo, ano 35, n. 35, p. 82-91, 4 set. 2002. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>> Acesso em: 12 jan. 2013.
- A MULHER que alimentava. **Época**, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI10410-15257,00-A+MULHER+QUE+ALIMENTAVA.html>>. Acesso em: 15 jan. 2013.
- A ENFERMARIA entre a vida e a morte. **Época**, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI10399-15257,00-A+ENFERMARIA+ENTRE+A+VIDA+E+A+MORTE.html>>. Acesso em: 15 jan. 2013.
- AJUDA-ME a morrer. **Época**, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/vida/noticia/2012/06/ajuda-me-morrer.html>>. Acesso em: 15 jan. 2013.
- BALESTRO, F. .; SILVA, S. E. .; ROCHA, C. M. . Disciplinando os Corpos: Como a mídia nos ensina sobre o prolongamento da vida na sociedade atual. **Revista de Iniciação Científica da Ulbra**, Canoas, v. 6, n. 1, p. 193–205, 2007.
- BARTHES, ROLAND. **O rumor da língua**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- BAUMAN, Z. **44 cartas do mundo líquido moderno**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- BAUMAN, Z. **Ensaio sobre o conceito de cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.
- BELLO, S. E. L.; TRAVERSINI, C. O numerável, o mensurável e o auditável: estatística como tecnologia para governar. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, 24 jun. 2009.

BLANCHOT, M. **A parte do fogo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

BOEMER, M. R. Enfermagem e morte. In: SANTOS, F. S.; INCONTRI, D. (Eds.). **A arte de morrer: visões plurais**. Bragança Paulista: Comenius, 2007, p. 188–195.

BRASIL. Resolução nº 1.995 de 09 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial [da] União**. República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília-DF, 31 ago. 2012, Seção 1, p. 269–270.

BRASIL. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**. República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília-DF, 29 ago. 2013, Seção 1, p. 45-46.

BRASIL. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. **Ministério da Saúde**, Brasília-DF, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

BRASIL. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. **Ministério da Saúde**, Brasília-DF, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2013

CARVALHO, P. R. A. A criança e a morte: na perspectiva médica. In: INCONTRI, D.; SANTOS, F. S. (Eds.). **A arte de morrer: visões plurais**. São Paulo: Comenius, 2007. p. 239–248.

CASTRA, M. **Bien mourir: Sociologie des soins palliatifs**. Paris: Presses Universitaires de France, 2003.

CASTRO, G. Para repensar a felicidade nos dias atuais. **Comunicação Mídia e Consumo**, São Paulo, v. 7, n. 20, p. 343–345, 14 jan. 2011.

CERVELIN, A. F. **Cuidados paliativos : uma análise dos discursos sobre espiritualidade e religiosidade**. 2012. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CHARAUDEAU, P. **Discurso das mídias**. São Paulo: Contexto, 2009.

CHARAUDEAU, P.; DOMINIQUE MAINGUENEAU. **Dicionário de análise do discurso**. São Paulo: Contexto, 2004.

DELEUZE, GILLES. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. Em direção a uma teoria da prática discursiva. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. (Eds.). **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 57–105.

ELIAS, N. **A Solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

EM BUSCA de um lugar sereno.. **Veja**, São Paulo, ano 38, n. 45, p. 92-100, 9 nov. 2005. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>> Acesso em: 12 jan. 2013.

EU DECIDO meu fim. **Veja**, São Paulo, ano 45, n. 37, p. 98-106, 12 set. 2012. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>> Acesso em: 12 jan. 2013.

ÉPOCA. São Paulo: Globo, 1998-

FERREIRA, M.S; TRAVERSINI, C.S. A análise foucaultiana de discurso como ferramenta metodológica de pesquisa. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 207–226, mar. 2013.

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FISCHER, R. M. B. Foucault and analysis of discourse on educational researches. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 197–223, nov. 2001.

FISCHER, R. M. B. The media pedagogical apparatus: ways of educating on (and through) TV. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 151–162, jun. 2002.

FISCHER, R.M.B. **Adolescência em discurso: mídia e produção de subjetividade**. 1996. 300 f. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

FISCHER, R.M.B. **Foucault**. [S. l.: s.n., 2013?]. No prelo.

FOUCAULT, M. A escrita de si. In: _____ **O que é um autor?** Lisboa: Passagens, 1992. p. 129–160.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. O que é um autor? In: FOUCAULT, M (Ed.). **Ditos e escritos III: estética, literatura e pintura, música e cinema**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2001.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: NAU, 2002.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 7. ed. São Paulo: Loyola, 2003.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 2004a.

FOUCAULT, M. A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade. In: FOUCAULT, M. (Ed.). **Ditos e escritos V: ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b. p. 265–284.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007a.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: o cuidado de si**. 9. ed. São Paulo: Graal, 2007b.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008b.

FOUCAULT, M. **Do governo dos vivos**: curso no College de France, 1979-1980. São Paulo: Centro de Cultura Social, 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. 39. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

FOUCAULT, M. A vida dos homens infames. In: FOUCAULT, M. (Ed.). **Ditos e escritos IV**: estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p. 203–222.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**: Curso no Collège de France: 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.L.; RABINOW, P. (Eds.). **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

FREIRE FILHO, J. **Ser feliz hoje**: reflexões sobre o imperativo da felicidade. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2010.

FURTADO, L. E. et al. Subjectivity, scientific and mediatic discourses: revisiting foucault studies about bodies. **Fractal : Revista de Psicologia**, v. 23, n. 1, p. 155–170, abr. 2011.

GADELHA, S. **Biopolítica, governamentalidade e educação**: introdução e conexões, a partir de Michel Foucault. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

GARCEZ, P. . A perspectiva da Análise da Conversa Etnometodológica sobre o uso da linguagem em interação social. In: LONDER, L. .; JUNG, N. (Eds.). **Fala-em-interação social**: uma introdução à análise da conversa etnometodológica. Campinas: Mercado de Letras, 2008.

GERZSON, V. R. S. **A mídia como dispositivo da governamentalidade neoliberal** : os discursos sobre educação nas revistas Veja, Época e Istoé. 2007. 164 f. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

GOLDIM, J. R. **Eutanásia - Holanda**. Disponível em:
<<http://www.bioetica.ufrgs.br/eutanol.htm>>. Acesso: 27 jul. 2013.

GUAZZELLI FILHO, E. **Canini e o anti-herói brasileiro**: do Zé Candango ao Zé - realmente - carioca. 2009. 190 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação)— Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

HALL, S. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 15–46, 1997.

HENNIGEN, I. Especialistas advertem: o pai é importante para o desenvolvimento infantil. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 22, n. 1, p. 169–184, 2010.

HENNIGEN, I.; GUARESCHI, N. M. DE F. A subjetivação na perspectiva dos estudos culturais e foucaultianos. **Psicologia da Educação**, São Paulo, n. 23, p. 57–74, dez. 2006.

INCONTRI, D.; SANTOS, F. S. **A arte de morrer**: visões plurais. São Paulo: Comenius, 2007.

JOLY, M. **Introdução à análise da imagem**. 14. ed. Campinas: Papyrus Editora, 2012.

JÚNIOR, H. F. **A Idade Média e o nascimento do Ocidente**. 2. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2001.

KELLNER, D. Lendo imagens criticamente: em direção a uma pedagogia pós-moderna. In: SILVA, T. T. (Ed.). **Alienígenas na sala de aula**: uma introdução aos estudos culturais em educação. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 104–131.

KELLNER, D. **A cultura da mídia**. Bauru: EDUSC, 2001.

KELLNER, D. A cultura da mídia e o triunfo do espetáculo. **Libero**, São Paulo, v. 11, n. 6, p. 4–15, 2004.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida: aspectos conceituais. **Revista Salus**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 13–15, 2007.

KRUSE, M.H.L. **Os poderes dos corpos frios-das coisas que se ensinam as enfermeiras**. 2003. 157 f. Tese (Doutorado em Educação)—Programa de Pós Graduação em Educação. Faculdade de Educação: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003.

KRUSE, M. H. L. et al. Cuidados paliativos: uma experiência. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, 26 out. 2007.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: M. Fontes, 2008.

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p. 20–28, 2002.

LAZZARATO, M. **As revoluções do capitalismo**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2006.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A. **Trabalho imaterial**: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LEONETTI, J. **Rapport fait**: Au nom de la mission d’information sur l’accompagnement de la fin de vie. Paris: Assemblée Nationale, de juin de 2004. Disponível em: <<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i1708-t1.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

LIPPMANN, E. **Testamento vital: o direito a dignidade**. São Paulo: Matrix, 2013.

LOCKMANN, K. **Inclusão escolar: saberes que operam para governar a população**. 2010. 179 f. Dissertação (Mestrado em Educação)—Programa de Pós-Graduação em Educação: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

LUPTON, D. Corpos, prazeres e práticas do eu. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 15–47, 2000.

MACHADO, F. R. DE S.; DAIN, S. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 1017–1036, ago. 2012.

MACHADO, ROBERTO. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MACIEL, M. et al. **Crítérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

MAINGUENEAU, D. **Novas tendências em análise do discurso**. 3. ed. Campinas: Pontes Editores, 1997.

MARCELLO, F. A. **Dispositivo da maternidade: mídia e produção agonística de experiência**. 2003. 180 f. Dissertação (Mestrado em Educação)—Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

MARINHO, S.; ARÁN, M. Care practices and normalization of conducts: some considerations on the socio-medical management of “good death” in palliative care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 36, p. 7–20, mar. 2011.

MENEZES, R. . **Em busca da “boa morte”**: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos. 2004. 255 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)—Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

MENEZES, R. A.; BARBOSA, P. DE C. The construction of a “good death” at different stages of life: reflections on the palliative care approach for adults and children. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2653–2662, set. 2013.

MEU PAI queria ser congelado. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 17 jun. 2012. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/49274-meu-pai-queria-ser-congelado-diz-filha.shtml>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

MEYER, D.E; PARAÍSO, M. **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.

MEYER, D.; KRUSE, M. H. L. Acerca de Diretrizes Curriculares e Projetos Pedagógicos: um início de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 335–339, 2003.

MINAYO, M. C. DE S.; HARTZ, Z. M. DE A.; BUSS, P. M. Quality of life and health: a necessary debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7–18, jan. 2000.

MUHR, T. **Atlas. ti: Qualitative data analysis 7**. Berlim: 2013. Disponível em: <<http://www.atlasti.com/index.html>>. Acesso: 22 fev. 2013.

NETO, A. J. . Judicialização da Saúde. In: SANTOS, A. (Ed.). **Caderno mídia e saúde pública: comunicação pela paz**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007. v. 2, p. 49–52.

NIEMEYER, F. **Câncer, corpo e cinema : lições de Hollywood sobre adoecer e morrer**. 2010. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

O FILHO possível. **Época**, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI132195-15257,00-O+FILHO+POSSIVEL.html>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

OLIVEIRA, M. R. . A judicialização da saúde no Brasil. **Tempus- Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, p. 79–90, 2013.

OLIVEIRA, T. . **O psicanalista diante da morte**. São Paulo: Mackenzie, 2001.

PAIVA, L. . O médico e sua relação com o paciente diante da morte. In: **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 77–87.

PIRES, D. Nursing as discipline, profession, and labour. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739–744, out. 2009.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Política & Trabalho**, Fortaleza, v. 1, n. 24, p. 27–57, abr. 2006.

RIBEIRO, R. G. **Todo lo que interesa a la mujer : discursos sobre saúde na revista Para Ti**. 2012. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

ROCHA, C. M. F. **A escola na mídia : nada fora do controle**. 2005. 288 f. Tese (Doutorado em Educação)—Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.

RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ROSE, N. Como se deve fazer a história do eu? **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 33–57, 2001.

SANTAELLA, L. **Culturas e artes do pós-humano: da cultura das mídias à cibercultura**. São Paulo: Paulus, 2003.

SARAIVA, K. S. **Outros tempos, outros espaços : Internet e educação**. 2006. 285 f. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

SARAIVA, K.; VEIGA-NETO, A. Modernidade líquida, capitalismo cognitivo e educação contemporânea. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, 26 jun. 2009.

SCHWENGBER, M. S. V. **Donas de si? : a educação de corpos grávidos no contexto da Pais & Filhos**. 2006. 194 f. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. DA C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580–588, abr. 2004.

SERRES, M. **Hominescence**. Paris: Editions Le Pommier, 2001.

SIBILIA, P. **O show do eu: a intimidade como espetáculo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

SILVA, F. P. **Do governo da alma ao governo do corpo : a religião nos discursos da enfermagem**. 2012. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

SILVA, J. R. et al. Nakedness of the patient from the perspective of students of Fundamental Nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 428–436, jun. 2012.

SILVA, K. S. DA. **Em defesa da sociedade: a invenção dos Cuidados Paliativos**. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

SILVA, K. S. DA; KRUSE, M. H. L. In defense of society: the invention of palliative care and the production of subjectivities. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 460–465, abr. 2012.

SILVA, K. S. DA; RIBEIRO, R. G.; KRUSE, M. H. L. Nurses' speeches on death and to die: truth or will? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 451–456, jun. 2009.

SONTAG, S. **Diante da dor dos outros**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

TELES ZATTA, L. et al. Produção científica de enfermagem sobre instrumentos genéricos que avaliam qualidade de vida no brasil entre 1997 a 2007: estudo bibliográfico. **Enfermería Global**, Múrcia, v. 21, n. 1, p. 1–11, 2011.

TESTAMENTO VITAL. **Época**, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI154190-15230,00.html>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

THIRY-CHERQUES, H.R. À moda de Foucault: um exame das estratégias arqueológicas e genealógicas de investigação. **Lua Nova**, São Paulo v. 81, n. 1, p. 215–248, 2010.

TRAVASSOS, D. V. **Judicialização da saúde e Sistema Único de Saúde: estudo de caso de três tribunais brasileiros**. 2012. 133 f. Tese (Doutorado em Odontologia). Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

VEIGA-NETO, A. Currículo: um desvio a direita ou delírios avaliatórios. In: COLÓQUIO SOBRE QUESTÕES CURRICULARES, 10., COLÓQUIO LUSO-BRASILEIRO DE CURRÍCULO, 6., Campinas, 2012. **Anais...**, Belo Horizonte, Unicamp, 2012. Disponível em: <<http://www.fe.unicamp.br/TEMPORARIOS/veiga-neto-curriculos-delirios-avaliatorios.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

VEIGA-NETO, A.; LOPES, M. C. Identidade, cultura e semelhança de família: as contribuições da virada linguística. In: BIZARRO, R. (Ed.). **Eu e o outro: estudos multidisciplinares sobre identidade(s), diversidade(s) e práticas interculturais**. Porto: Areal, 2007. p. 19–35.

VEIGA-NETO, A. Coisas do governo... In: RAGO, M.; ORLANDI, L.; VEIGA-NETO, A (Eds). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p. 13-34.

VEJA. São Paulo: Abril, 1968-

VENEGAS, M. E.; ALVARADO, O. S. Fatores relacionados à qualidade do processo de morrer na pessoa com câncer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 1–8, 2010.

VEYNE, PAUL. Tudo é singular na história universal: “o discurso”. In: VEYNE, PAUL (Ed.). **Foucault, o pensamento, a pessoa**. Lisboa: Texto&Grafia, 2008. p. 11–26.

VOCÊ QUER ser pessoa ou paciente. **Época**, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/elianebrum/noticia/2012/09/voce-quer-ser-pessoa-ou-paciente.html>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

YAZBEK, ANDRÉ CONSTANTINO. **10 lições sobre Foucault**. Petrópolis: Vozes, 2012.