

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003980014>

DIREITO DE MORTE E PODER SOBRE A VIDA: SABERES PARA O GOVERNO DOS CORPOS¹

Franciele Roberta Cordeiro², Maria Henriqueta Luce Kruse³

- ¹ Artigo elaborado a partir da dissertação - Eu decido meu fim?: a mídia e a produção de sujeitos que governam sua morte, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (URGS), em 2013.
- ² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: franciele.cordeiro@ufrgs.br
- ³ Doutora em Educação. Professor da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: kruse@uol.com.br

RESUMO: O objetivo deste estudo foi analisar o modo como a mídia articula e posiciona os saberes envolvidos no processo de morte e morrer. Trata-se de uma pesquisa documental, inserida no campo dos estudos culturais, na vertente pós-estruturalista, cujo material empírico se constituiu em dez reportagens publicadas nas revistas *Época* e *Veja*, entre os anos 2000 e 2012. Para delimitar o *corpus* de análise, foi realizado um mapeamento discursivo pelo *software* ATLAS.ti, e os achados foram submetidos à análise do discurso de inspiração foucaultiana. Nas reportagens, a enfermagem apareceu atrelada aos cuidados com o corpo e com procedimentos técnicos, o que levou à conclusão de que a mídia constrói a imagem dos profissionais, conforme os atributos históricos ligados às profissões. Evidenciou-se que os saberes da medicina e jurídicos estão autorizados a ensinar os sujeitos a decidirem e planejarem a morte. São traçadas relações de poder/saber que legitimam os discursos sobre a produção de uma morte singularizada, a qual deve ser proporcionada pelos sujeitos, mediante um *expert* da saúde.

DESCRIPTORES: Enfermagem. Filosofia em enfermagem. Morte. Cultura.

THE RIGHT TO DIE AND POWER OVER LIFE: KNOWLEDGE TO GOVERN THE BODIES

ABSTRACT: This study aimed to examine how the media articulates the knowledge and positions involved in the process of death and dying. Documentary research in the field of post-structuralist cultural studies. The empirical material consisted of ten interviews, published in the magazines *Época* and *Veja*, between 2000 and 2012. To delimit the *corpus* of analysis, we used discursive mapping by means of the software ATLAS.ti. The findings were submitted to discourse analysis inspired by Foucault. In the reports, nursing appeared linked to care for the body and technical procedures, leading to the conclusion that the media constructs the professionals' image, according to the historical attributes linked to the professions. The knowledge of medicine and of justice is authorized to teach the subject to decide and to plan the death. Power/knowledge relations are outlined that legitimize the discourse on the production of a singularized death, which must be provided by the subjects using an expert of health.

DESCRIPTORS: Nursing. Philosophy, nursing. Death. Culture.

DERECHO DE MUERTE Y PODER ACERCA DE LA VIDA: SABERES PARA LO GOBIERNO DE LOS CUERPOS

RESUMEN: Estudio que tuvo como objetivo examinar cómo la media articula y posiciona los saberes implicado en el proceso de muerte y morir. Investigación documental, se inscribe en el campo de los estudios culturales, en su vertiente Post-Estructuralista. El material empírico fueron diez reportajes publicados en las revistas *Época* y *Veja*, entre 2000 y 2012. Para organizar el *corpus* de análisis, se utilizó el *software* ATLAS.ti. Los resultados fueron sometidos al análisis del discurso de Foucault. La medicina y el jurídico están autorizados a enseñar sobre decisiones de la muerte. La enfermería está ligada al cuidado del cuerpo y los procedimientos técnicos. Se concluye que los medios construye la imagen del profesional con los atributos históricos de las profesiones. Las relaciones de poder/saber legitimam los discursos que producen una muerte singularizado que debe ser proporcionada por los sujetos y debajo de los *experts* de la salud.

DESCRIPTORES: Enfermería. Filosofía en enfermería. Muerte. Cultura.

INTRODUÇÃO

Medo, alegria, tristeza, sofrimento, esses são alguns dos sentimentos que despontam quando reporta-se ao final da vida. Medo de morrer. Alegria por estar junto da família. Tristeza pelo momento experienciado. Sofrimento pela dor, pela perda, pelo fim. Hoje, a morte vem deixando de ser um evento solitário, macabro e sóbrio, para fazer parte do cotidiano. Esse deslocamento começou, principalmente, a partir dos movimentos observados ao longo do século XX e no início do XXI. Destacam-se, por exemplo, as convenções internacionais que trouxeram ao cenário político a noção de direitos humanos, a invenção dos cuidados paliativos como filosofia de cuidados para o final da vida e a criação de políticas públicas e diretivas que vêm ao encontro da promoção de um processo de morrer domesticado e produzido pelos sujeitos.¹⁻²

As relações de poder e saber em torno da morte se modificaram ao longo dos últimos três séculos. No Brasil, principalmente, a partir dos anos 2000, surgiu uma série de discussões e investimentos em programas e diretrizes norteados pelos princípios dos cuidados paliativos, cujos atores principais não são apenas os profissionais, mas também os doentes, que são convocados a participar ativamente das decisões sobre sua saúde, doença e morte.³ Alguns programas de internação domiciliar articulam campos de saber que possibilitam o governo dos sujeitos que morrem no hospital ou no domicílio. Os saberes operacionalizados, geralmente, envolvem a enfermagem, a medicina, a odontologia e a psicologia. Mais recentemente, com o fomento das discussões sobre as legislações sobre a morte, o campo jurídico tem adentrado esse cenário, legitimando as vontades dos sujeitos em seus últimos dias de vida. A Argentina, por exemplo, foi um dos primeiros países latinos a discutir a vontade do sujeito que morre. Em maio de 2012, o Senado argentino aprovou por unanimidade, a lei da morte digna, que permite que as pessoas escolham as condições em que querem morrer. No Brasil, foi aprovada a Resolução nº 1.995/2012, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade de pacientes, para os casos de doenças fora de possibilidades de cura.⁴

Portanto, revela-se a importância do debate acerca dos movimentos sobre a produção da morte proporcionada pelos sujeitos e acompanhada pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, a mídia atua como um dispositivo pedagógico que dá visibilidade para aquilo que é produzido em termos de políticas públicas. Ela produz e é produzida por discursos que visam modificar comportamentos,

hábitos e práticas em torno da vida e da morte.⁵ Contribui, então, para a condução das condutas dos sujeitos por meio das verdades que circula a partir da articulação dos cálculos estatísticos, das probabilidades e da ciência. Trata-se de elementos que operam para a potencialização da produção e da organização em torno da vida e da morte, os quais convocam e posicionam saberes nos quais os sujeitos devem se ancorar para pautar decisões de diversas ordens.

Dessa forma, identifica-se o campo midiático como um importante território de tencionamento e produção de modos de morrer. Questiona-se, então: como as revistas informativas brasileiras demarcam e dão visibilidade aos territórios profissionais no cenário do final da vida? Visando problematizar a temática, por meio das perspectivas histórica e cultural, este estudo tem como objetivo analisar o modo como a mídia articula e posiciona os saberes envolvidos no processo de morte e morrer.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental, de abordagem qualitativa, inserida na vertente pós-estruturalista dos estudos culturais, cujo material empírico se constituiu em reportagens de revistas que abordavam a temática do processo de morrer. Foram recuperadas aquelas que discutiam a morte relacionada às doenças que ameaçam a vida. Assim, foram descartadas notícias sobre acidentes, crimes e tragédias. A opção por trabalhar com revistas justifica-se pela variabilidade do público que tais artefatos conseguem atingir. Os discursos foram retirados de dois artefatos, ambos de domínio público e de importante circulação no Brasil: *Veja*, da editora Abril, e *Época*, da editora Globo. Em conjunto, essas revistas possuem uma tiragem semanal de aproximadamente um milhão e 500 mil exemplares.

A revista *Veja* circula semanalmente, tendo uma tiragem de aproximadamente 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 no Brasil e no mundo. Em suas páginas, são abordados os mais diversos assuntos, como política, economia e tecnologia. Lançada em 1968, é considerada uma das revistas de maior circulação no cenário brasileiro.

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 tiragem média de 500 mil exemplares. Com circulação semanal, abrange temas como esporte,

política, economia, ciência, saúde e entretenimento.

A busca pelas reportagens foi realizada nas bibliotecas virtuais e em edições impressas das revistas entre dezembro de 2012 e janeiro de 2013. Foram consultadas as reportagens na íntegra, publicadas a partir dos anos 2000, época em que começaram movimentos acerca das decisões sobre o término da vida e dos cuidados a pacientes com doenças que ameaçam a vida. No Brasil, houve, a partir dos anos 2000, a implantação de serviços de Cuidados Paliativos, a publicação da Política Nacional de Humanização,⁶ da Política Nacional de Atenção Oncológica,⁷ em 2013 a Política Nacional de Atenção Domiciliar⁸ e, finalmente em 2012 a aprovação da Resolução nº 1.996/12, que dispõe sobre a elaboração de Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente.⁴ Esses eventos são considerados superfícies de emergência para as transformações no cenário de cuidado à saúde. Ao término do levantamento, foram incluídas dez reportagens, quatro da revista *Veja* e seis da revista *Época*, publicadas entre 2002 e 2012.

Os títulos das reportagens que compuseram o material empírico da pesquisa são: “Até onde prolongar a vida” (*Veja*); “Em busca de um final sereno” (*Veja*); “A mulher que alimentava” (*Época*); “A enfermagem entre a vida e a morte” (*Época*); “A ética na vida e na morte” (*Veja*); “Testamento Vital” (*Época*); “O filho possível” (*Época*); “Ajuda-me a morrer” (*Época*); “Você quer ser pessoa ou paciente?” (*Época*) e “O direito de escolher” (*Veja*).

O conteúdo das reportagens está relacionado às condições em que as pessoas morrem. As revistas questionam as escolhas terapêuticas para o final da vida, recomendam a elaboração de um testamento vital e avaliam o nível de preparo dos sujeitos para a tomada de decisões em situações críticas de saúde. Para isso, recorrem especialmente aos *experts* da área da saúde e do meio jurídico. Por meio dos textos e das imagens, delimita-se um trajeto a ser percorrido por pessoas acometidas por doença sem perspectiva de cura.

Para delimitar o *corpus* de análise, elaborou-se um mapeamento discursivo das reportagens por meio do *software* de organização e análise de dados qualitativos ATLAS.ti 7 em sua versão *Free Trial*, disponibilizada gratuitamente para avaliação.⁹ Os achados da pesquisa foram submetidos à análise do discurso proposta por Michel Foucault.¹⁰⁻¹¹ A noção de discurso foi utilizada como ferramenta metodológica, e a noção de governo, como grade analítica. Essa análise, de cunho arqueológico, está relacionada com um processo de escavação na busca pelas circunstâncias históricas ou contingências que

constituem uma forma de pensamento e relações de poder. Trata-se de relações que produzem saberes, normas, regras e positivities. Em outras palavras, significa dizer que a operação poder/saber, fomentada pela análise discursiva, 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”.^{12:14}

Com relação aos aspectos éticos relacionados ao uso das imagens neste trabalho, destacamos que elas são de domínio público, conforme consta na Lei nº 9.610/1998. Seu uso está respaldado, especialmente, nas declarações concebidas no Artigo 46, capítulo IV, Inciso I e III.¹³

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para tecer as análises que seguem, considerou-se os discursos sobre a morte nas revistas, adotando como critério “a insistência, a repetição e a regularidade”^{14:53} dos enunciados, atentando para o modo como são posicionados os profissionais de saúde, a partir dos seus locais de saber. Descreveu-se o modo como se dá visibilidade aos três principais saberes que a mídia articula quando se reporta ao final da vida: Enfermagem, Medicina e Direito. Sabe-se que, dentro do campo dos estudos foucaultianos, não há uma concepção linear dos fatos históricos. Assim, neste estudo, apontam-se as visibilidades de cada campo de saber para facilitar a compreensão do leitor. Além disso, são utilizadas imagens pois acredita-se que elas capturam o olhar e fazem pensar. Elas são um importante recurso disposto pela mídia para produzir sentidos agregados ao texto escrito.

(In)visibilidades da Enfermagem frente o cuidado aos moribundos

A enfermagem aparece de maneira discreta e restrita às atividades técnicas ligadas ao corpo e aos procedimentos que auxiliam no controle dos sintomas. É a profissão de maior visibilidade, depois da medicina, no cenário da atenção à saúde. Historicamente, enfermagem e medicina 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.¹⁵ Nas reportagens, é dada visibilidade para a memória histórica da enfermagem, ligada ao fazer, à prática e ao disciplinamento do corpo para o cuidado.¹⁶

“A realidade do corpo da paciente era tão aterradora que Kathia Camargo, uma enfermeira experiente, sofria para fazer curativo”.^{17:62}

“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 (grifo nosso)”^{18:97}

Nos trechos acima, observa-se a centralidade dada ao fazer da enfermagem, ao modo como o profissional atua junto aos doentes para minimizar os danos à saúde. Parece que o cuidado não precisa de um conjunto de normas, padrões e legislações específicas, visto que, segundo as reportagens, ele pode ser exercido por familiares. Tais descrições simplificam as atividades do profissional de Enfermagem e, conseqüentemente, desqualificam a profissão junto aos sujeitos em processo de morrer. Uma profissão pode ser compreendida como um construto, a partir de grupo de trabalhadores capacitados para a realização de atividades e que “dominam os fundamentos para sua realização”^{19:740}. Dessa forma, a Enfermagem pode ser considerada como um campo de saber constituído para além do fazer, que se apropria de diferentes discursos 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, sendo 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 resultante da intervenção científica sistematizada.¹⁶

Das enfermeiras* são exigidas competências técnicas, habilidades com pinças, destreza com seringas, boa comunicação, entre outras atividades que lhes dão a legitimidade para desenvolver o cuidado com os sujeitos em situações críticas de vida. Ao mesmo tempo em que descreve o cuidado como necessário e acessível a todos, as revistas mostram a complexidade deste, no processo de morrer, que fragiliza inclusive as profissionais de enfermagem. Das profissionais, espera-se o desenvolvimento do cuidado integral e holístico, um cuidado de caráter singular, que acompanha o modo individualizante

que atravessa a formação em enfermagem. Transita-se por um terreno em que o profissional, para cuidar do outro, deve conhecer a si. É preciso cuidar-se, reconhecendo potencialidades e colocando-as à mercê do mercado de trabalho e das necessidades sociais e de saúde.²⁰

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”^{17:66}

A enfermagem utiliza os sentidos para prestar o cuidado. Os sentidos, juntos, operam auxiliando na detecção de problemas e no planejamento dos cuidados para as pessoas acometidas por alguma doença.²¹ Apreende-se 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 nesse cenário. Assistir e realizar o banho de leito e manusear com excretas mobiliza sentidos daqueles que cuidam, gerando, algumas vezes, insegurança e sensação de mal-estar.²² A sexualidade, assim como o corpo, objeto e instrumento dos cuidados de Enfermagem, encontra-se permeada pelo enunciado da opressão em torno do sexo. “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”^{23:14}. Em função dessas questões culturais ligadas à profissão, acredita-se que o trabalho da Enfermagem parece, por vezes, ser colocado em segundo plano na mídia brasileira.

A nudez também aparece como algo vergonhoso, e é diretamente relacionada com o sexo, representando um tabu em termos de cuidado. 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. Bataille explora em suas obras aquilo

* As autoras remetem-se 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.

que parece ser interdito, questionando o valor atribuído às palavras, relacionando-as com o contexto em que são enunciadas. O autor fala de três polos de sentidos: polo nobre, polo ignóbil e polo baixo. No primeiro, encontramos a superioridade, as palavras que remetem à nobreza, às formas livres; no segundo, estão as palavras medianas, relacionadas ao obscuro, escondido, às convenções; 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 onde essas palavras são proferidas, por quem as são e como repercutem na significação das relações.²⁴

Portanto, ressalta-se 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, e, por isso, está localizada no polo baixo em termos semânticos, segundo a proposta de Bataille.²⁴ Essa relação é pertinente, partindo-se do pressuposto de que as palavras e os discursos constituem as relações de poder, dando maior ou menor visibilidade para aquilo que se quer produzir como 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. Destaca-se que, 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 qualquer outro elemento que remeta a essa profissão.

Medicina: saber que educa, governa e prepara os sujeitos para a morte

Nas revistas, o médico está no centro das relações. 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 às unidades de terapia intensiva ou oncologistas, talvez porque se considera o câncer uma doença que remete à sentença de morte.

“Na decisão de não adiar uma morte inevitável o que conta é a avaliação técnica do médico. Fatores emocionais não podem influenciar”.^{25:90}

“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 sobrevida”.^{26:102}

A importância dada ao médico nos meios de comunicação pode estar relacionada à constituição histórica da Medicina e ao poder que ela 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. Chama-se atenção para o modo como esse profissional se coloca em relação aos sujeitos em processo de morrer: paternalista, sob a justificativa de que age de forma racional. Dos médicos, espera-se uma postura respaldada pelo discurso científico. Ele atua como um pastor, detentor da verdade e capaz de orientar aquele que busca uma morte digna.

Historicamente, verifica-se um processo de medicalização da saúde e dos processos vitais, possibilitado pela 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 como uma profissão de poder sobre os corpos.¹⁵ As imagens em que os médicos aparecem, atrelados à tecnologia, munidos daquilo que os protege como profissionais e que os torna capazes de controlar o imprevisível e atuar sobre as intempetividades, são exemplos dessa racionalidade que transparece nas revistas. Quando se trata de apresentar a opinião médica, os artefatos recorrem ao fundo escurecido e a imagens que remetam à tecnologia dos hospitais. Nas revistas, os profissionais aparecem 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 visão é elemento que ganha destaque nas imagens circulantes. Ela é tida como primordial para o trabalho do médico: “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”.^{15:183} Essa conjuntura de elementos contribui para efetuar aquilo que a mídia se dispõe a fazer: posicionar, incitar, convocar, emocionar e convencer.²⁷

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 controle físico e moral sobre os corpos. 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”^{11:57}

O discurso médico tem força que prepondera e colabora com formas políticas e econômicas que governam vidas. 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 de suas práticas. Com a tecnologia e a introdução desse aparato no hospital, a Medicina passou a exercer um poder sobre a vida. Esse cenário concedeu ao campo clínico uma nova estrutura, em que o sujeito é mais um fato patológico observável do que uma pessoa doente.¹⁵ Não é à toa que se vê circular nas imagens vinculadas nas reportagens a figura do médico ligado ao aparelho, não ao sujeito. Há um recuo em relação aos corpos, 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 em torno de medicina.

“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.”²⁸

“Treinamos nossos médicos para serem guerreiros ou sacerdotes que negam a morte a todo custo”^{18:100}

O médico atua como um protetor da vida. É 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. 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 unidades de terapia intensiva apontam o afastamento físico imposto pela conjuntura hospitalar. Na figura 1, vemos duas familiares em uma sala de espera.



Fonte: Veja 2002 set 04; p.88. Créditos: Antônio Milena

Figura 1 - Familiares nas Unidade de Terapia Intensiva

As duas são mulheres, gênero predominante entre os cuidadores nos hospitais. Estão sentadas em bancos pouco confortáveis, em posição inferior a do profissional que entra, aparentemente com pressa, na unidade, sem dar muita atenção a elas. As mãos cruzadas, como a espera, e o olhar intrigado e preocupado voltado para cima, em direção ao profissional e 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.



Fonte: www.fugesp.org.br

Figura 2 - O médico²⁹

Ao fazer interlocução com o quadro (Figura 2) do pintor Samuel Fildens, *O médico*, e observando uma das possíveis análises sobre a obra,²⁹ realizam-se aproximações e questionamentos em relação ao papel do médico como condutor da vida dos sujeitos. Na imagem acima, 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. A cena da morte é destacada pela luminosidade da pintura, visto que esse é o acontecimento ao qual se quer dar visibilidade. A maneira como o médico observa o corpo morto parece denotar o sofrimento do profissional.

Nessa interlocução, acrescentam-se algumas observações. A morte representada no quadro ocorre no domicílio. 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 nos faz associar o quadro à situação de distanciamento das familiares na sala de espera, ilustrada na figura 1. Tanto o quadro quanto a figura das familiares na sala de espera possibilitam analisar os deslocamentos em torno da morte nos últimos dois séculos. Apontam-se mudanças físicas, o papel da família, a função do médico como aquele que sabe o que deve ser feito no momento da morte.

Se, no quadro de Fildens, observa-se 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. Parece ter havido apropriação e refuga da morte pelo saber da medicina. O final da vida passou 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.¹⁵

Sobre um outro território: a judicialização do processo de morrer

As revistas apontam que a decisão sobre o final da vida é a mais difícil de ser tomada. Nesse sentido, questiona-se: mais difícil para quem? Tratando-se de uma decisão sobre a vida, o corpo e a morte de cada um, parece ser uma decisão do sujeito. Entretanto, essa parece ser uma decisão da medicina e do direito. Para que os sujeitos no Brasil pudessem escolher o não investimento terapêutico, foi necessária a intervenção do Conselho Federal de Medicina.

Em países em que é possível limitar ou retirar tratamentos que prolongam a vida, realizar o suicídio assistido ou a eutanásia, tais procedimentos são permitidos após a avaliação médica, sendo necessária a elaboração de um testamento vital, preferencialmente registrado em cartório.³⁰ Esse documento passa a ter validade a partir da autorização de dois atores centrais nessas situações: o médico e o jurista. Um papel, a escrita e a lei. Esses elementos se relacionam quando tratamos da morte e de seus desdobramentos. Os excertos que seguem apontam quem está autorizado a ensinar e permitir morrer: colocam em evidência as duas profissões que podem indicar decisões sobre a morte.

“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”.³¹

“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”.^{26:100}

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.³² Se, até o final do século XIX, buscava-se a justiça pela terra, pela casa, pela propriedade de bens materiais, com o desenvolvimento da clínica, concomitantemente à introdução das tecnologias no hospital, as pessoas começaram a se identificar como sujeitos com direito à saúde. Devido às dificuldades para o acesso aos serviços, a possibilidade de prolongar o existir provoca disputas nos tribunais pelo direito a vida e, hoje, também pelo direito à morte.³³

A justiça exerce um papel fundamental na determinação das verdades de uma época. 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. No cenário da saúde, identifica-se no Brasil o crescente atravessamento da judicialização, especialmente a partir da década de 1980, com a epidemia de HIV/AIDS e com o aumento das taxas de incidência e prevalência de doenças crônicas, que culminou na reivindicação

judicial de financiamento para tratamentos longos, especialmente os mais onerosos.³³

Nesse cenário, o médico e o jurista ora convergem, ora divergem acerca das decisões sobre o direito à vida e à morte. Convergem no sentido de que ambos são os atores que autorizam o acesso às instituições e aos cuidados de saúde, em casos em que a procura é maior do que a oferta. Divergem quando não é possível absorver as demandas jurídicas a favor, por exemplo, da internação hospitalar. Tais conflitos resultam em dilemas éticos para todos os envolvidos e na tendência em burocratizar as decisões. Por vezes, há um trâmite intenso e demorado de documentos que autorizam determinadas práticas, como, por exemplo, a validação de um testamento vital, o que é visto como negativo pela parte médica, mas necessário pela parte jurídica.

Dessa forma, constata-se que aquele que está doente é quem menos interfere nas práticas em torno de sua morte – esta é passível de discursos e intervenções dos saberes médicos e jurídicos. Tais instâncias operam pondo em prática aquilo que Foucault³⁴ 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 que operam sobre o corpo e a alma de cada um, constituindo estratégias biopolíticas do Estado sobre a morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mídia articula os saberes que governam os corpos no contexto do final da vida. Os saberes visíveis nas páginas das revistas *Época* e *Veja* são relacionados à medicina e ao direito e, em raras situações, à enfermagem.

Das análises, emergiram 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 poder da sociedade ocidental. O médico é situado como um pastor desse tempo, que orienta, guia e indica os caminhos a serem seguidos quando se busca produzir uma morte sem sofrimentos. As revistas apontam que as práticas que se inscrevem nos corpos dos sujeitos com doenças que ameaçam a vida devem ser sancionadas pelo saber médico. Nota-se que, mesmo em tempos em que se convoca os sujeitos a decidirem sobre sua morte e as práticas que se inscreverão em seus corpos, estamos sob recomendações médicas. E se nada pode ser feito para curar, a família e a enfermagem entram em

cena para cuidar. Nesse cenário, a mídia posiciona a enfermagem como um elemento a mais no processo de cuidar. Um saber situado entre o campo científico e o ambiente familiar. Uma profissão ligada ao corpo, mas restrita à técnica. Assim, instauram-se dois tipos de saberes da saúde: o da medicina, que modifica e prescreve condutas, e o da enfermagem, que cuida por meio do fazer.

Nos textos das revistas, as profissões da saúde são discutidas de modo a colocar a medicina em posição de destaque. Tal discurso não converge com a filosofia dos cuidados paliativos, que aponta a equipe multiprofissional como um dos pilares do cuidado no final da vida. Além disso, as revistas parecem reforçar o campo jurídico como determinante do acesso aos serviços de saúde. Um saber que legitima as práticas de saúde que organizam a vida desde o nascer até o morrer.

REFERÊNCIAS

1. Marinho S, Arán M. As práticas de cuidado e a normalização das condutas: algumas considerações sobre a gestão sociomédica da “boa morte” em cuidados paliativos. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2011 [cited 2014 Jun 08]; 15(36):7-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000039>
2. Silva KS, Kruse MHL. In defense of society: the invention of palliative care and the production of subjectivities. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2012 [cited 2013 Dec 08]; 46(2):460-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200026>
3. Maciel MGS, Rodrigues LF, Naylor C, Bettega R, Barbosa SM, Burlá C, et al. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Diagraphic; 2009.
4. Brasil. Resolução nº 1.995, de 09 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 31 ago 2012. Seção 1.
5. Ribeiro RG, Kruse MHL. The woman body in review: the imperative of beauty. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2014 [cited 2014 Jun 06]; 23 (1): 101-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100012>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005: institui a política nacional de atenção oncológica. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 9 Dez 2005. Seção 1.

8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 29 Ago 2013, Seção 1.
9. Muhr T. Atlas. ti: Qualitative data analysis 7 [internet]. 2013 [cited 2013 Feb 22]. Available from: <http://www.atlasti.com/index.html>
10. Foucault M. A ordem do discurso. 7ª ed. São Paulo (SP): Loyola; 2003.
11. Foucault M. A arqueologia do saber. 7ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2008.
12. Foucault M. Microfísica do poder. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 2010.
13. Brasil. Lei n. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 20 fev 1998. Seção 1.
14. Schwengber MSV. Donas de si? : a educação de corpos grávidos no contexto da Pais & Filhos [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação; 2006.
15. Foucault M. O nascimento da clínica. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2004.
16. Kruse MHL. Os poderes dos corpos frios-das coisas que se ensinam as enfermeiras [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação; 2003.
17. Brum E. A enfermagem entre a vida e a morte. Época [internet]. 2008 [cited 2013 jan 15]. Available from: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI10399-15257,00-A+ENFERMARIA+ENTRE+A+VIDA+E+A+MORTE.html>
18. Souza O, Zakabi R. Em busca de um lugar sereno. Veja. 2005 nov; 92-100.
19. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev Bras Enferm [internet]. 2009 [cited 2014 Ago 25]; 62(5):739-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500015>
20. Boemer MR. Enfermagem e morte. In: Santos FS, Incontri D. A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista (SP): Comenius; 2007. p. 188-95.
21. Araújo STC, Cameron LE, Oliveira LFD. O sentido olfato no cuidado de enfermagem hospitalar. Esc Anna Nery [internet]. 2011 [cited 2014 Jun 09]; 15(4):811-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400021>
22. Silva JR, Lima PC, Santos RM, Trezza MCSF, Veríssimo RCS. Nudez do paciente sob a óptica de estudantes da área de Enfermagem Fundamental. Rev Bras Enferm [internet]. 2012 [cited 2013 Jun 12]; 65 (3):428-36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000300006>
23. Foucault M. História da sexualidade 1: a vontade de saber. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 2001.
24. Barthes R. O rumor da língua. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2004.
25. Schelp D. Até onde prolongar a vida. Veja. 2002 set; 82-91.
26. Lopes AD, Cuminale N. Eu decido meu fim. Veja. 2012 set; 98-106.
27. Kellner D. A cultura da mídia. Bauru (SP): EDUSC; 2001.
28. Brum E. Você quer ser pessoa ou paciente. Época [internet]. 2012 [cited 2013 jan 15]. Available from: <http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2012/09/voce-quer-ser-pessoa-ou-paciente.html>
29. Alves R. O médico. 7ª ed. Campinas (SP): Papirus; 2002.
30. Lippman E. Testamento vital: o direito a dignidade. São Paulo (SP): Matrix; 2013.
31. Brum E. Testamento vital. Época [internet]. 2010 [cited 2013 jan.15]. Available from: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI154190-15230,00.html>
32. Serres M. Hominescence. Paris (FR): Le Pommier; 2001.
33. Travassos DV. Judicialização da saúde e Sistema Único de Saúde: estudo de caso de três tribunais brasileiros [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Odontologia; 2012.
34. Foucault M. A verdade e as formas jurídicas. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): NAU; 2002.

Correspondência: Franciele Roberta Cordeiro
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFRGS
Rua São Manoel, 963, sala 205.
90620-110 - Rio Branco, Porto Alegre, RS
E-mail: franciele.cordeiro@ufrgs.br

Recebido: 05 de dezembro de 2015
Aprovado: 01 de julho de 2015