



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO MATEMÁTICA E CIENTÍFICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS E
MATEMÁTICAS
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS E MATEMÁTICAS**

**O QUE PODE UM GEOCORPO? SAÚDE, DOENÇA E MORTE
ATRAVESSADOS NAS LINHAS VITAIS DE PACIENTES TERMINAIS**

LUCINEIDE SOARES DO NASCIMENTO

BELÉM-PA

2016

LUCINEIDE SOARES DO NASCIMENTO

**O QUE PODE UM GEOCORPO? SAÚDE, DOENÇA E MORTE
ATRAVESSADOS NAS LINHAS VITAIS DE PACIENTES TERMINAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Matemáticas, do Instituto de Educação Matemática e Científica, da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Professora Dra. Maria dos Remédios de Brito, como exigência para a obtenção do título de Doutor em Educação em Ciências e Matemática, área de concentração Educação em Ciências.

BELÉM-PA

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Nascimento, Lucineide Soares do, 1969-

O que pode um geocorpo? Saúde, doença e morte
atravessados nas linhas vitais de pacientes terminais /
Lucineide Soares do Nascimento. - 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Maria dos Remédios
Brito.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do
Pará, Instituto de Educação Matemática e
Científica, Programa de Pós-Graduação em
Educação em Ciências e Matemáticas, Belém, 2016.

1. Ciência - estudo e ensino. 2. Corpo
humano. 3. Saúde. 4. Vida. 5. Doentes terminais
- cuidado e tratamento. I. Título.

CDD 22. ed. 507



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO MATEMÁTICA E CIENTÍFICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS E
MATEMÁTICAS**

**TESE DE DOUTORADO
O QUE PODE UM GEORCORPO? SAÚDE, DOENÇA E MORTE
ATRAVESSADOS NAS LINHAS VITAIS DE PACIENTES TERMINAIS**

AUTORA: LUCINEIDE SOARES DO NASCIMENTO

ORIENTADORA: Profa. Dra. MARIA DOS REMÉDIOS DE BRITO

Este exemplar corresponde à redação final da tese a ser defendida por Lucineide Soares do Nascimento sob aprovação da Comissão Julgadora.

Data:

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria dos Remédios de Brito
IEMCI/UFPA – Presidente

Prof. Dr. Sílvio Donizetti de Oliveira Gallo
Faculdade de Educação/UNICAMP – Membro Externo

Prof. Dr. Alexandre Filordi de Carvalho
Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas/UNIFESP –
Membro Externo

Profa. Dra. Sílvia Nogueira Chaves
IEMCI/UFPA – Membro Interno

Profa. Dra. Marisa Rosâni Abreu da Silveira
IEMCI/UFPA – Membro Interno

**BELÉM
2016**

AGRADECIMENTOS

Quando o pesquisador/escritor começa a delinear os agradecimentos é sinal de que o trabalho está caminhando para a sua finalização. Embora se situe nas páginas pré-textuais, este é o momento em que o autor faz uma espécie de retorno e olha com um outro olhar o seu percurso. É o lugar onde cada um expressa ao seu próprio modo a sua gratidão às generosidades da vida... é possível ler até mesmo os corpos dos pesquisadores e suas afecções durante o processo de pesquisa¹.

Aqui faço meus agradecimentos à vida, a tudo aquilo que ela me deu e me tirou.

Ao sermos selecionados para um curso de Pós-Graduação de quatro anos, não imaginamos os devires que nos aguardam, esses devires se transformam em meio ao final do trabalho. Não é o início, nem o fim que contam, mas é o *intermezzo* que importa. Como professores formadores e em formação que somos, não podemos usar as afecções que nos atingem para fomentar uma possível mediocridade em nossa trajetória acadêmica². Nossa vida deve, de alguma forma, valer à pena e é por isso que faço os meus agradecimentos a esse modo, não se trata de desabafo, mas de agradecimento mesmo, pois, acredito que devemos agradecer até ao fato de algumas pessoas e circunstâncias não terem feito muito ou o que podiam ter feito por nós, porque isso também atesta nosso empenho e dedicação ao trabalho de pesquisa e nos proporciona o sabor delicioso da desobrigação de agradecer a tais pessoas e circunstâncias, eis a magia do paradoxo. As afecções dolorosas também são as portas de entrada para os Acontecimentos vitais, ou seja, para a oportunidade de sermos dignos de nossos próprios Acontecimentos.

Quatro anos e meio se passaram – quatro anos para o doutorado e seis meses que o antecederam de preparação para a seleção – um tempo repleto de acontecimentos fortes e perturbadores... muitas coisas esquecerei daqui há algum tempo, por isso, uso esta oportunidade para registrar, pois, não devemos esquecer aquilo que nos acontece, principalmente se tais acontecimentos suscitaram inúmeras forças de contra-efetuação. Não se trata de manter um certo ressentimento, mesmo porque o ressentimento é para os fracos, mas de não se auto imputar uma amnésia em prol de uma tal resignação cristã do perdão. A mim não cabe perdoar nada. Não tenho poderes para isso. Durante esse tempo meu corpo foi invadido por várias afecções... foi alvo dos poderes alheios, foi massacrado por acidentes, foi fortalecido por forças inimagináveis, forças que nem eu sabia que podia movimentar... Sem direito à licença nos dois primeiros anos, trabalhei na docência e coordenei um curso de formação de professores do governo federal em vários municípios do Pará. Tive meu pedido de licença negado por duas vezes pelo Colegiado da instituição onde trabalho, por pessoas que, a torto e à direita, usam esse conceito de instituição para camuflar e fazer valer seus mais sórdidos desejos de

¹ Tal leitura foi tema de um artigo de minha autoria intitulado Capturando Corpos nas Páginas Pré-Textuais de Trabalhos Acadêmicos, publicado na Revista Linha Mestra. N. 23, AGO. DEZ. 2013.

² Também trabalhei esse tema no artigo intitulado Tristeza, Desejo e Alegria: Afecções e Superações do Corpo Contra a Mediocridade na Formação de Professores (2016, no prelo).

atrapalhar e impedir o crescimento alheio... Na terceira vez, consegui a licença sob a doação de minha palavra de que ministraria aula até o final do semestre... meu corpo aguentou apenas mais dois meses e, então, fui acusada de “não ter palavra” e de “não ter compromisso com os alunos”... uma vida dedicada ao trabalho em educação quase foi jogada na lata de lixo. Não consegui, embora tenha tentado várias vezes, nenhum subsídio financeiro para a pesquisa e para as demais despesas do curso, usei de minha parca renda para custear esse período de estudos... Sofri um acidente grave de trânsito, no dia 25 de março de 2012, que me deixou desnorreada por um bom tempo... mesmo assim continuei a trabalhar e a estudar. Vivenciei vários problemas de saúde, dos quais alguns ainda fazem parte de meu corpo... houve momentos em que pensei que não iria mais dar conta de prosseguir, pois o próprio corpo ora se retorcia em câimbras, ora simplesmente não conseguia se despedir da cama a cada manhã... Tive a infelicidade de receber como vizinho um ambicioso líder religioso que comprou a casa ao lado da qual eu vivia há mais de oito anos e a transformou em igreja... foram trezentos e sessenta e cinco dias de som altíssimo, de múltiplos cultos durante o dia e a noite incluindo sábados, domingos e feriados, de perseguição, de desrespeito e de aborrecimentos. Sem renda suficiente para adquirir um imóvel, enchi-me de empréstimos e construí, em um ano, a casa onde resido atualmente... realmente “não era o momento mais apropriado para esse tipo de construção”, mas não havia outra alternativa... Meus filhos perderam o pai – Antônio Zilton Magalhães Pereira, no dia 30 de maio de 2015 – vítima de um câncer linfático contra o qual lutou por quase quatro anos, talvez nem precise dizer o quanto o sofrimento de meus filhos se espalhou em mim... Perdi meu único tio – Pedro do Nascimento Soares, em setembro de 2013, minha mãe, Valeriana Soares do Nascimento, senti profundamente a perda de seu único irmão... Mais do que solidão, senti o isolamento, afastei-me dos amigos e senti falta de interlocutores de carne e osso no último ano deste curso... Alguns “amigos” mostraram a mim a sua face monstruosa mais oculta... a decepção faz parte da aprendizagem da vida. Meu filho foi embora de casa para começar sua vida de pai de família. Minha filha e eu entramos no que nossa médica chamou de “crise ocasionada por incompatibilidade de hormônios”! (rsrs!), ela se transformando em mulher e eu em homem por conta da menopausa! Dos meus sete irmãos, por vários meses, seis ficaram desempregados... tempos difíceis... Minha mãe teve um derrame no olho o qual felizmente não deixou sequelas. Meu sobrinho querido de oito anos, Constantino, foi diagnosticado com Von Willebrand, uma doença hemorrágica, hereditária e grave para a qual ainda não há cura, desespero na família, uma rotina de insistência e persistência interminável para minha irmã, Lúcia Valéria, no Sistema Único de Saúde em Belém do Pará... O sofrimento e a dor dos pacientes e familiares, assim como a morte daqueles que fazem parte desta pesquisa também impactaram em mim. Tudo isso me afetou. Com tudo isso convivi. A tudo isso, de certa forma, venci.

Agradeço imensamente a todos que, na superfície de sua vontade, respeito e generosidade, contribuíram para essa minha jornada acadêmica:

Aos filósofos e teóricos Gilles Deleuze, Félix Guatarri, Spinoza, Nietzsche, Foucault, Pelbart e vários outros com quem me encontrei nesses tempos de torção do pensamento e contribuíram para a construção desta Tese. Agradeço, também, aqueles que não constam nas Referências, porque não houve oportunidade para citá-los no corpo do texto e que, por isso, a ABNT não permite que sejam referenciados, mas que me ajudaram muito a pensar.

Aos pacientes terminais que aceitaram participar desta pesquisa, a seus familiares e amigos e às duas mulheres que relataram suas experiências com seus genitores que também foram exemplos de luta pela vida.

Aos professores que constituíram a Banca de Seleção para o Doutorado: Profa. Dra. Maria dos Remédios de Brito, Prof. Dr. José Jerônimo Alves e Profa. Dra. Marisa Rosâni Abreu da Silveira pela educação com que me entrevistaram. Já participei de três seleções para o Mestrado em três Institutos de nossa Universidade e, em todas as três vezes, mesmo tendo me preparado arduamente e sido aprovada nas etapas eliminatórias, quando chegava à entrevista era tratada como uma “pedagogazinha” qualquer, mais do que defender o projeto, parecia que eu estava defendendo a minha dignidade... Nessa seleção para o Doutorado fui tratada com tanto respeito que até me surpreendi! Muito obrigada a todos esses professores!

À Orientadora desta Tese, Professora Dra. Maria dos Remédios de Brito, por ter acreditado em mim, por ter me desafiado ao atirar esses filósofos aos meus peitos! Por ter sido tão generosa ao trabalho com suas ideias, movimentos e estudos... por ter pensado junto comigo sobre esse geocorpo, por ter se afetado com as dores dos pacientes e familiares toda vez que eu enviava as transcrições das entrevistas e os relatos dos encontros... por ter me orientado, não apenas com relação ao trabalho, mas sobre a minha vida acadêmica e a continuidade de minha formação docente... por ter sido uma fonte de inspiração, de criatividade e de sensibilidade.

À Professora Sílvia Nogueira Chaves, pelas contribuições que deu a esta Tese desde as primeiras versões, quando ainda era um embrião em forma de pré-projeto. Agradeço também, por sempre ter me tratado com tanto respeito e me dado uma das melhores lições de minha vida...

Ao Professor Dr. Alexandre Filordi de Carvalho, pelas importantes contribuições conceituais e acadêmicas ao trabalho e pela poesia “Surtanás” que compôs após a leitura de meu texto de Qualificação, a qual entrei em contato a partir da Professora Dra. Maria dos Remédios de Brito. Espero que não se importe de eu ter me apropriado dela como epígrafe para uma das sessões desta Tese.

Ao Professor Dr. Sílvio Donizetti de Oliveira Gallo, pelas importantes contribuições a este trabalho, pelas palavras tão bonitas que dirigiu ao trabalho e a mim quando do Exame de Qualificação e por ter acenado com uma linda perspectiva para a minha vida acadêmica, aceitando me orientar no Pós-Doutorado da UNICAMP. Infelizmente, no

momento, não poderei empreender esse novo desafio, pois não há quem possa assumir minhas atribuições profissionais na instituição em que trabalho.

Ao Professor Dr. Carlos Aldemir Farias da Silva por ter aceito participar da Banca e, desde a qualificação, contribuir muito para o texto com sua leitura atenta e sensível e por todas as indicações bibliográficas.

À Profa. Dra. Marisa Rosâni Abreu da Silveira por aceitar participar da Banca Examinadora, em substituição ao Prof. Dr. Carlos Aldemir Farias da Silva - que se encontra em convalescência – e por suas importantes ressalvas ao tom do texto desta Tese.

À Professora Dra. Flávia Cristina Lemos, que leu a primeira versão do Projeto de pesquisa e indicou dez referências bibliográficas que muito me ajudaram a iniciar o processo da pesquisa.

Aos colegas de curso, Marcelo, Helane, Ribamar e Neide pelas alegrias, brincadeiras, críticas mútuas aos nossos trabalhos, durante dois anos, quando eu achava que formávamos uma malta e não um simples grupo de estudos da pós-graduação.

Ao Professor Dr. Carlos André Corrêa de Mattos que, quando ainda era da UFRA foi o único professor que teve a decência de não assinar as Atas que, segundo ele, eram incompatíveis com o que tinha acontecido na reunião do Colegiado quando foi analisado meu segundo pedido de licença para cursar o doutorado. Recebi do Professor Carlos André a solidariedade e o respeito que sempre busquei na instituição onde trabalho e, para mim, ele é um símbolo da coerência do magistério.

À Professora Dra. Merilene do Socorro Silva Costa que me apoiou quando de minha terceira tentativa de solicitação de licença para o doutorado, por ter me ajudado com outras concessões para a escritura do texto de Tese, por ter acreditado em mim desde o primeiro dia em que entrei na UFRA apoiando a construção do Projeto Pedagógico do Curso de Licenciatura em Pedagogia via PARFOR, haja vista que esse curso ainda não existe no sistema regular da UFRA.

Ao Professor Dr. Rosemiro dos Santos Galate que também entreviu e promoveu articulações importantes para que eu conseguisse a licença e por demonstrar confiança em meu trabalho.

À Luiza Maria Ferreira Gonçalves Pires por seus conselhos maduros, por ter me ajudado intensamente durante a coordenação do Curso de Pedagogia, por ter trabalhado comigo durante minha Gestão na Escola Tenente Rêgo Barros e ter acreditado em mim quando a convidei para trabalhar na UFRA. Tenho nessa pessoa a mais alta confiança e amizade plena. É realmente incrível a nossa sintonia... basta um olhar para sabermos o que cada uma de nós pensa ou sente... às vezes, nem esse olhar é necessário. Ainda conservo o desejo de um dia realizar o sonho de vir a fazer um trabalho de pesquisa com essa mulher singular.

À Professora Ângela Yeda Monteiro Barbosa por sua contribuição inicial e fundamental para a luz da ideia deste trabalho. Pesquisar é, também, saber se apropriar das experiências alheias.

À Dra. Maria do Carmo F. Alonso, que experimenta a medicina como uma das obras de arte de sua vida. Uma mulher que se dedica inteiramente aos seus pacientes e luta pela saúde dos integrantes de sua comunidade. Que fez da medicina uma política saudável e da política uma terapêutica possível para a sociedade, embora sem muito êxito. A profissional de saúde competente e amiga que cuida de mim e me obriga a não desistir dos desafios da vida desde meus quinze anos de idade.

Às Professoras Tatiana do Socorro Pacheco Charone e Hilda Freitas Rosário, colegas de trabalho na UFRA, parceiras de sonhos e de investimentos na educação. Aproveito para parabenizar à Tatiana por sua luta pela vida... por sua vitória diante da pior prova que já teve que enfrentar. És vitoriosa, minha cara!!!

À Professora Raimunda Lucena Melo Soares, minha eterna orientadora, que me iniciou na pesquisa e acreditou no meu potencial desde a Graduação em um Projeto de Iniciação Científica em Filosofia da Educação.

A todos os meus amigos da Escola Tenente Rêgo Barros, que me acompanham até hoje, em especial Maria José Cardoso Braz, Elivaldete Baia Ribeiro, Regina Mary de Lima Marinho, Isabel Cristina Lopes da Silva, Mauro Sérgio Alamar de Sousa, Wagner Davi Lucas, Sílvia Meire Ferreira Batista, Ana Cardoso, Flaviana, Guaraci, Marciléa Serrão...

Ao Anjo que apareceu em minha vida e que fez todo o possível para me ajudar durante parte desta caminhada.

À Valeriana Soares do Nascimento, minha querida mãe, por sempre acreditar em mim, por ser um exemplo de força e de loucura. Por todas as vezes que demonstrou seu amor por minha vida e felicidade, principalmente pela oportunidade em que minha irmã Lucinete, minha avó Maria e eu precisávamos do almoço dela, o qual deixava de comer para dividir conosco no jantar... Quando eu tinha oito anos, depois que nos mandava fechar os olhos e rezar silenciosamente, ela fazia “Deus” deixar cair mais um pedaço de carne em nossos pratos...

Ao Sr. Francisco de Assis Rocha do Nascimento, o homem que me adotou como filha desde os nove anos de idade. Agradeço por ter me colocado na escola e me ensinado a ler. Sinto muito por estar agora com Alzheimer e viver em várias fases de sua vida quase simultaneamente...

Aos meus irmãos e irmãs: Lucinete, Luiz Fernando (Chumbinho), Luiz Cláudio (Bolinha), Luiz Florêncio (Gandula), Luiz Wilson (Paquito), Lúcia Valéria e Luana, pelo amor, carinho e confiança.

Às minhas queridas sobrinhas Luciana, Lauane e Lucicleide que, além do respeito, tratam-me como uma jovem louca!

À Elis Regina Brito Almeida Azevedo, minha amiga há vinte anos! Por tudo o que vivemos e compartilhamos! Apesar de todos os desencontros entre nossas famílias... ela ainda é parte de minha família e eu, parte da dela! Espero que nossa amizade continue forte e bonita!

À Júlia Bethânia de Almeida Ramos, uma menina que vi se transformando em mulher... que me ama e a quem amo como filha.

A todos os Almeidas que me consideram da família, principalmente minha querida amiga Maria da Paz, que usou dos conhecimentos que aprendeu com seus ancestrais para operar uma massagem em meu corpo e me “destravar”.

Ao amigo Arian de Souza Rodrigues, por seu carinho durante o tempo que morou conosco em 2014, por nossas brincadeiras e confraternizações!

Às amigas Márcia Helena Pereira Castanheira e Josy Cristina Cabral da Silva pela camaradagem e carinho mesmo na distância.

À amiga Kelle Cristina Souza da Mata, por seu carinho, por seu amor e companhia nos momentos alegres e tristes.

À amiga Tainá Venâncio Pantoja, que entrou recentemente em minha vida, cuja presença me torna mais leve, por isso espero que permaneça o máximo de tempo em meu círculo de amizade.

Ao amigo José de Ribamar Oliveira Costa por ter ficado ao meu lado o máximo que lhe foi possível durante esse período de estudos e por seu trabalho de revisão do texto desta Tese.

Ao Professor Dr. Pedro Campos, Diretor do ICIBE/UFRA, que tem demonstrado muita consideração e amizade a mim nesta reta final de trabalho.

Ao amigo, meu ex-aluno, Fábio Correia de Rezende por sua força e carinho e por ser um exemplo de luta e de desejo pela vida.

Aos meus netinhos que ainda nem sabem do meu trabalho, mas que me enchem de carinho em nossos poucos encontros, Manuela Suelen Maciel Magalhães (04 anos) e Manoel William Maciel Magalhães (01 ano).

Aos meus filhos Elton William Nascimento Magalhães e Letícia Vitória Nascimento Magalhães simplesmente por existirem.

SUMÁRIO

1. MAPA MOVEDIÇÃO COM UMA TÊNUE AGULHA DE MAREAR.....	14
1.1. Dos pacientes e seus familiares.....	27
1.2. Das relatoras e seus familiares falecidos.....	30
2. CORPO EM FRAGMENTOS.....	33
2.1. A doença e o corpo sob o “olhar médico”.....	37
2.2. A doença e o corpo sob o olhar do paciente.....	58
3. AS TANTAS SOLIDÕES DO PACIENTE TERMINAL: “SOLIDÃO POVOADA”, SOLIDÃO RODEADA, SOLIDÃO MISERÁVEL.....	74
4. CORPOS QUE SE METAMORFOSEIAM: CORPO “ESGOTADO”, CORPO “CANSADO”, CORPO APAZIGUADO.....	82
5. DA FINITUDE DA VIDA ORGÂNICA: A MORTE COMO ACONTECIMENTO.....	97
6. DA (IN)FINITUDE DA VIDA: A PARTE DO ACONTECIMENTO QUE NÃO SE EFETUA.....	121
7. DO CORPO RESPONSÁVEL POR SUAS PRÓPRIAS CHAGAS.....	129
8. CAMINHANDO POR UM TERRITÓRIO COMPLEXO: O GEOCORPO ..	144
9. PARA CONTINUAR AS INTENSIDADES... UM SENTIDO: FINALIZANDO UMA LEITURA DO GEOCORPO.....	169
REFERÊNCIAS	178

RESUMO

A pesquisa surgiu do interesse em compreender como os pacientes terminais criam forças para viver mesmo com as inúmeras dificuldades e com as limitações ocasionadas pela doença e pelos efeitos colaterais dos tratamentos radicais. Com uma metodologia meio movediça que se constituiu ao longo do trabalho, a pesquisa contou com o acompanhamento de dois pacientes terminais e seus familiares e com o relato de duas pessoas que cuidaram de seus genitores, também diagnosticados como pacientes terminais, até o óbito. Dentre os procedimentos, houve o uso de entrevistas, de diários de familiares, de observações durante as visitas aos pacientes em suas residências e em suas várias idas aos hospitais em busca de tratamento médico. A imersão e produção do pensamento se deram nas confluências e conexões entre as experiências dos pacientes terminais, acumuladas durante os encontros com esses pacientes, com familiares e com a leitura atenta às teorizações de Deleuze, de Guattari e de Nietzsche, dentre outros. As questões a seguir ajudaram a dar algum norteamento para o trabalho de pesquisa: como os pacientes em estado terminal experienciam o seu corpo no *intermezzo* vida e morte? Que acontecimentos são suscitados entre desacreditar de tudo e acreditar em momentos possíveis de saúde, ou seja, o que emerge entre a impotência e a potência do corpo? Que subjetivações/individuações nebulosas são criadas ou inventadas nesse entre vida e morte na superfície do corpo? Como esses corpos provocam/problematizam ou impactam as nossas noções tradicionais de corpo saudável e de corpo doente? E, o que mais importa para esses pacientes, quando experimentam o adoecimento de seu corpo? Tais questões foram desdobradas nos objetivos de detectar os modos como os pacientes em estado terminal experienciam possíveis momentos de velocidades lentas e/ou frenéticas de saúde para seus corpos, mesmo no estado de doença no qual se encontram; discutir os processos de subjetivação que se inscrevem nos corpos desses pacientes que são atravessados pelos estados de saúde, de adoecimento, de vida e de proximidade com a morte e problematizar os modos de reinvenção do corpo saudável criados por esses pacientes com os conceitos tradicionais de corpo, de saúde e de doença oriundos principalmente da biomedicina. Como principais resultados a experimentação do pensamento levou a criação do conceito de geocorpo e outros que o compõem como saúde possível, solidão rodeada, solidão miserável e corpo apaziguado corroborando a tese de que os pacientes em estado terminal inventam e reinventam suas subjetividades e percorrem um nebuloso movimento entre vida e morte, entre saúde e doença, que os forcem o repensar de outros modos de entendimento do corpo, da vida e da saúde. O corpo nesse *intermezzo* fomenta um movimento de dobras e de redobramentos percorrido por experiências de momentos de velocidades lentas e/ou frenéticas de saúde, (mesmo no estado de doença no qual se encontram, através da eliminação ou exclusão mental dos órgãos comprometidos) e tendem a providenciar uma saúde provisória para a sua própria existência. Um geocorpo que experiencia transmutar ou ver e dizer de si outros modos. O que possibilita comunicar com o desmanchamento do idêntico para dobrar o “outramento” (um outro de si, um outro de outro). A tese fomenta outras perspectivas de corpo humano para além do modelo orgânico, o que pode vir a ser uma contribuição para o Ensino de Ciências e para a com-vivência com/dos pacientes terminais.

Palavras-Chave: Corpo Humano e Ensino de Ciências; Saúde, Doença, Vida e Morte de Pacientes Terminais; Subjetividades de Pacientes Terminais; Corpo e Filosofia da Diferença; O Corpo nos Estudos Deleuzeanos.

ABSTRACT

The research came from the interest to comprehend how terminal patients get strength to live even they have many difficulties and limitations caused by the disease and the side effects of radical treatment. Considering a methodology that seems like a quicksand which was formed during the work, the research accompanied two terminal ill patients and their families and with the story of two people who cared for their parents, also diagnosed as terminal ill patients, until death. During the procedures, there were interviews, family diaries, observation during visits to patients in their homes and in their various visits to hospitals for medical treatment. Immersion and production of thought gave the confluences and connections between the experiences of terminal ill patients, accumulated during encounters with these patients and their families, and reading carefully the theories of Deleuze, Guattari, Nietzsche and other authors. The following questions helped to give some direction for the research: how terminal ill patients live their body in the intermezzo life and death? What events are raised between discredit everything and believe in possible times of health, in other words, what emerges between impotence and the power of the body? Which subjectivities / individualities nebulae are created or invented in this intermezzo between life and death on the body surface? How these bodies cause / problematize or impact our traditional notions of body healthy and diseased body? And what matters most for these patients when they experience illness of your body? Such questions were unfolded in the objectives of detecting the ways in which terminal ill patients experience possible times of slow speeds and / or frenetic health to their bodies, even in the disease state in which they find themselves; to discuss the subjectivity processes which are recorded on the bodies of these patients crossed by the states of health, illness, life and proximity to the death and to debate the healthy body reinvention modes created by these patients with traditional concepts of body , health and disease arising mainly from biomedicine. The main results experimentation of thought led to the concept of *geocorpo* and others that compose it as healthy as possible, surrounded by accompanied loneliness, miserable loneliness and appeased body supporting the thesis that terminal ill patients invent and reinvent their subjectivities and run a cloudy movement between life and death, health and disease, forcing these patients to rethinking about other body understanding modes of life and health. The body in that intermezzo fosters a movement of folds and new folds run by experiences related to moments of slow speeds and / or frantic health, (even in the disease state in which they are, by eliminating or mental exclusion of affected organs) and tend to provide a temporary health for its own existence. A *geocorpo* that experiences to transmute or view and tell it about ways of existence. It makes possible to communicate with the identical dismantlement to bend the "outramento" (another itself, another from another). The thesis promotes other prospects beyond human body in its organic model, which can prove to be a contribution to science education and a way to live besides terminal patients.

Keywords: Human Body and Science Teaching; Health, Illness, Life and Death of Terminal Patients; Subjectivities of Terminal Patients; The Body and The Philosophy of Difference; The Body in Deleuzean Studies.

1. MAPA MOVEDIÇÃO COM UMA TÊNUE AGULHA DE MAREAR

“Como você sabe, minha saúde não está muito boa. Tenho dificuldades de respiração que me impedem frequentemente de sair, e mesmo de falar. Estou preso a um balão de oxigênio como um cachorro. Não há dúvida, a doença é uma abjeção, embora a minha não seja tão dolorosa”. Apesar dos balões, ele sofre crises de sufocação de uma violência cada vez maior. Deleuze já assistiu a esse calvário quando acompanhou a morte de seu amigo François Châtelet: “Quando Gilles teve de passar por tal provação, essa foi uma das razões que ele invocou para partir, para se suicidar. Ele me escreveu uma carta toda trêmula duas semanas antes de se suicidar para me dizer que não queria viver o que Châtelet teve de viver. Eu o reví algumas semanas antes de sua morte em seu apartamento na Rue Niel, e dava para sentir que ele não tinha mais vontade de viver esse sofrimento”. (DOSSE, 2010, p. 406)¹.

Lendo os depoimentos dos amigos de Deleuze, quando de sua morte, senti-me como em seu velório e, pelo respeito que lhe tenho e pelo tempo da relação que estabeleci com ele, não me contive, a emoção me invadiu.

Tenho nesse depoimento do próprio Deleuze e no de Noëlle Chatelet, após a morte desse autor, a áurea dos pensamentos, das ideias, dos caminhos e até das intuições que acompanham esta pesquisa. Trata-se, pois, do depoimento de alguém que afirmou a vida por toda a sua trajetória de trabalho e que, tal como Nietzsche, interessou-se pela saúde e pela doença em busca de uma “Grande Saúde²” e em quem busco subsídio teórico para este exercício do pensamento. O homem que viveu sua dor e doença ao extremo e experimentou tornar-se, realmente, digno de seu próprio Acontecimento. Ousou ser o único dono de sua própria existência e a brindou – no momento exato em que achou necessário - com a sua finitude biológica. E, com fagulhas de intuição, que mais se pareciam com uma premonição, sabia, pelo conhecimento que tinha do seu

¹ Dosse, em duas notas de rodapé, explica que essa primeira “fala” de Deleuze está em uma carta endereçada à Jean-Pierre Faye, “publicada em Jean-Pierre FAYE, Henri MACCHERONI, *Dialogue et court traité sur de transformat, AL Dante/L'enseigne des Oudin*, 2000, p. 67-68”. O outro depoimento é o de Noëlle Châtelet em “entrevista com o autor”. (DOSSE, 2010, p. 409 - Grifos do autor).

² Ao longo deste trabalho voltarei a esse conceito, por hora, talvez baste esclarecer que se trata de uma experimentação que Nietzsche estabeleceu com seu próprio corpo, nas relações constantes entre a saúde e a doença, estabelecendo, assim, um perspectivismo que, como salienta Deleuze (2009) fez com que ele visse “a doença como avaliação da saúde, os momentos de saúde como avaliação da doença: tal é a ‘inversão’, o ‘deslocamento das perspectivas’, em que Nietzsche vê o essencial do seu método, e da sua vocação para uma transmutação de valores” (p. 11). No aforismo 382, intitulado A grande Saúde, de A gaia ciência, Nietzsche afirma que para quem tem um espírito de “descobridor ou conquistador”, que deseja ousar a experimentar essa transmutação de todos os valores, precisa não apenas visar o fim, ou melhor, justamente “para um novo fim”, precisa de um “novo meio”, esse novo meio seria “uma nova saúde, mais forte alerta firme audaz que todas as saúdes até agora..., a grande saúde – uma tal que não apenas se tem, mas constantemente se adquire e é preciso adquirir, pois sempre de novo se abandona e é preciso abandonar”. (NIETZSCHE, 2011c, p. 286).

próprio corpo, que a morte já se avizinhava e que, mais do que uma foice cruel, poderia ser recebida/invocada como um alento. Em se tratando de doentes que sofrem por muito tempo com uma doença, para a qual ainda não há cura, a morte se anuncia em presságios que são uma espécie de conclusão mais ou menos racional sobre o conhecimento acerca do esgotamento e da degeneração do próprio corpo. Deleuze mostra, nessa passagem supracitada com as palavras e com o corpo, que não suportará e não deseja mais viver tal sofrimento.

Quando Deleuze fala sobre seu estado de saúde em uma carta a Jean-Pierre Faye ele já está em processo de adoecimento grave, vivendo “como um cachorro³”, e ainda está no dia 15 de março de 1991. Todavia, como um animal, pressentiu sua morte e “escreveu uma carta toda trêmula duas semanas antes de se suicidar⁴” para dizer que não aguentaria passar por todo o sofrimento pelo qual seu amigo passou, portanto, duas semanas antes do dia 04 de novembro de 1995, ele delimitou até onde poderia suportar e o momento-limite era o espaço geográfico demarcado em seu próprio mapa-corporal como o marco da interrupção da vida biológica. A partir daí, com certeza, o mapa foi rizomatizado por tudo o que ele e Guattari construíram, e por tudo o que tantos outros fizemos com essa produção.

Muito mais como uma espécie de exercício ou experimentação de uma sensibilidade corporal, do que um ritual de pesquisa, procuro me envolver com essa nova forma de aprender a pensar, descrever e narrar os momentos ou estados de profundo sofrimento de pacientes que são nomeados pela medicina há muito tempo como “pacientes terminais⁵” ou, mais contemporaneamente, como “pacientes paliativos⁶”, assim como seus ímpetos ou imersão de movimentos de pura vitalidade e elogio à vida. Pacientes que, assim como Deleuze, experimentaram uma relação singular do seu corpo nos *intermezzos* entre a doença e a saúde e entre a vida e a proximidade ou convivência – nem sempre pacífica – com a morte biológica.

³ Ver citação anterior que abre esta sessão.

⁴ Idem.

⁵ Segundo Knobel e Silva (2004, p. 133), “paciente terminal é aquele cuja condição é irreversível, independentemente de ser tratado ou não, e que apresenta uma alta probabilidade de morrer num período relativamente curto de tempo”.

⁶ Embora ainda seja usual o conceito de “paciente em estado terminal”, a literatura já aposta na nomenclatura de “pacientes em cuidados paliativos”. Segundo Silva e Sudigursky (2008, p. 505), define-se, “cuidados paliativos como um modo de assistir pessoas, cuja doença não é mais responsiva ao tratamento curativo, caracterizando-se pelo controle dos sinais e sintomas físicos e psicológicos próprios ao estado avançado da doença incurável”.

Nessa espécie de tateamento – pois a visão deixa de ser o sentido privilegiado para entrar em contato com o que nem sempre é visível ou mensurável nas relações do corpo que mencionei anteriormente – busco captar as relações tênues que o corpo experimenta entre a saúde e a doença e a produção de diferentes formas de existência. É com um misto de intuição⁷ e invenção que busco exercitar o pensamento sobre essas relações nos depoimentos de pacientes terminais e de pessoas que acompanharam o processo de luta pela vida de seus familiares mais próximos, que também foram diagnosticados como em “processo terminal” em suas respectivas doenças.

Não posso deixar escapar a oportunidade de dizer que, para a criação do projeto desta pesquisa, dois acontecimentos se mostraram essenciais. O primeiro foi um acidente de trânsito que sofri no dia 25 de março de 2012 no qual machuquei gravemente a cabeça, encontrava-me em perfeita saúde até aquele momento e era a única responsável legal pela subsistência de meus dois filhos. O pai deles, por sua vez, já se encontrava em processo de tratamento de um câncer linfático. Após acordar na ambulância, percebi ou constatei algo que todos sabem, mas que, todavia, não nos damos conta no dia a dia de nossas vidas intensas, ou seja, de que não precisamos ser acometidos por uma doença terminal para sermos alcançados pela morte a qualquer momento.

O segundo foi o investimento que fiz a uma pesquisa exploratória - na verdade uma delas visto que a primeira tinha se mostrado em vão – entrevistando uma professora que havia trabalhado em um hospital de Belém o qual tem parceria com a Secretaria de Educação e com as escolas para auxiliar crianças com câncer na continuidade dos estudos durante o tratamento da doença.

⁷ Um tanto complexo, o método da intuição criado por Bergson e capturado nas leituras de Deleuze, envolve vários conceitos voltados para a diferença como novidade, que toma o indeterminado e o imprevisível não como acidente, mas como o essencial da “diferença vital”, não uma diferença entre duas coisas do mesmo gênero, mas remete à capacidade de algo se diferenciar de si mesmo. Para Deleuze, a filosofia de Bergson – que termina por criar esse método da intuição: “remata-se em uma cosmologia, na qual tudo é mudança de tensão e de energia e nada mais. A duração, tal como se dá à intuição, apresenta-se como capaz de mil tensões possíveis, de uma diversidade infinita de distensões e contrações. A combinação de conceitos antagonistas é censurada por Bergson pelo fato de só poder nos apresentar uma coisa em um bloco, sem graus nem nuances, ao passo que a intuição, contrariamente, nos dá ‘uma escolha entre uma infinidade de durações possíveis’, ‘uma continuidade de durações que devemos tentar seguir seja para baixo, seja para cima’”. (DELEUZE, 2006b, p. 67). Com isso, não quero dizer que pretendo seguir tal método á risca, mas apenas demonstrar que, para lidar com modos de vida tão singulares seja preciso não apenas o uso de uma inteligência, mas de uma outra sensibilidade, como a intuição, sob a qual não há parâmetros de análise pré-fixados, mas que, nem por isso, seja possível tentar encontrar as diferenças que dão conta da realização desses modos de vida, sempre fugazes no eterno movimento de atualização do virtual.

Agradeço à professora, que aqui nomeio de Bernadete Aires, por ter me concedido uma entrevista por e-mail. Dentre as várias perguntas que dirigi à professora Bernadete estava a seguinte: *Você lembra de algum relato ou experiência na qual o paciente se reportou a algum órgão de seu corpo de modo particular?* E a resposta foi:

Lembro de uma aluna que quando conheci já não tinha uma perna em função de um câncer nesse membro. Com o tempo, os médicos descobriram um caroço num dos braços. A aluna ficou triste pois sabia o que podia acontecer e disse pra mãe que não queria tirar “também” o braço. Mais adiante, a aluna perdeu a mãe com câncer e logo após lhe amputaram o braço. Ela ficou aos cuidados de uma querida tia que a acolheu como filha e, depois de um período de dor, já encontrávamos a aluna nas aulas, feliz, sorridente, contando histórias ocorridas na sua festinha de aniversário em que dançou muito com a sua muleta.

Um corpo sem perna e sem braço e ainda pulsante... O acesso à experiência da referida professora e o acidente que sofri me ajudaram a formular as questões e a proposta de tese para esta pesquisa.

Ambos acontecimentos e o depoimento de amigos que acompanharam o pai, a mãe ou outro familiar próximo que lutava contra a doença até o seu último suspiro, convergiram para a finalização do projeto de pesquisa. Foi a partir de conversas informais que percebi a dor ainda estampada no rosto de quem acompanhou o definhamento do corpo do ente querido. E, também, foram nesses relatos que capturei alguns momentos em que esses pacientes terminais demonstravam lances perfeitos de desafio à doença e à morte e se erguiam em direção a uma vitalidade exuberante e invejável, mesmo que fosse por momentos de pequenas zonas, zonas que estavam sendo abertas pela esperança e aos poucos também sendo fechadas pelo processo de prolongamento e de reconhecimento de que a vida não estava mais assim tão próxima.

Ao mesmo tempo captava, na voz desses amigos, os momentos em que o corpo de seu familiar doente entrava numa espécie de hibernação com insônia, com movimentos de *quero-morrer*, movimentos de *me-deixe-em-paz*, movimentos de *não quero-falar*, movimentos de *não-aguento-mais*, quando o corpo não coopera e não se pode levar a efeito as funções básicas de sobrevivência e de convívio com os outros, como falar, comer, beber, defecar, urinar, dormir...

O meu pai, aquele homem alegre, ativo, trabalhador, brincalhão se foi. Hoje o que eu tenho é alguém devastado pela doença, que não fala, não sorri. (Diário de Valéria Martins, em 02 de junho de 2014).

Os depoimentos dos meus amigos se pareciam com o de Valéria Martins, transcrito acima. Valéria Martins é a filha mais velha do Sr. Rudson Martins, um homem que lutou como um guerreiro espartano contra um câncer de boca, um homem que, gentilmente, aceitou fazer parte desta pesquisa⁸.

De tão importante que foram para a constituição do problema e da proposição da Tese, as experiências de pessoas que acompanharam um familiar próximo, diagnosticado como “paciente terminal”, que acabaram por ser incluídas nesta pesquisa. Os relatos dessas pessoas com tal vivência serão cotejados como fragmentos ao longo do texto, como cristais sensíveis ou cristais de afetos da singularidade de cada processo vivido pelo doente em sua busca por uma “Grande Saúde”. Fragmentos que não devem ser aqui entendidos como adorno ou dado de segundo plano, mas como “grãos” ou “granulações” importantes, singulares e, mesmo assim, conectáveis entre si, afinal para a escrita, “selecionar os casos singulares e as cenas menores é mais importante que qualquer consideração de conjunto. É nos fragmentos que aparece o pano de fundo oculto, celeste ou demoníaco” (DELEUZE, 2011b, p. 78)⁹.

Após escutar atentamente as conversas de meus amigos e iniciar uma empreitada de estudos sobre Dissertações e Teses que tratam do corpo, da saúde e de doença, cheguei – com a ajuda generosa da Orientadora e demais componentes das Bancas de Avaliação do Projeto – à formulação desta proposta de pesquisa.

A proposta caminha no sentido de investigar o corpo em seu *intermezzo*, em como é atravessado pela saúde, pela doença, pela vida e pela proximidade da morte. Como os pacientes diagnosticados e nomeados como em “estado terminal” criam para seus próprios corpos estados e movimentos momentâneos, fugazes, de lentidão e frenéticos de saúde em meio às afecções que lhes atravessam.

⁸ Antecipo que todos os nomes e sobrenomes dos indivíduos que aparecem nesta Tese são pseudônimos.

⁹ Deleuze se referindo à escrita fragmentária de Whitman que “não se define pelo aforismo ou pela separação, mas por um tipo particular de frase que modula o intervalo” (2011b, p. 78).

Para organizar as ideias e estabelecer um norte – mesmo que meio movediço - que me ajudasse a caminhar para a feitura do trabalho, elaborei algumas questões de pesquisa as quais estão intimamente conectadas:

- Como os pacientes em estado terminal experienciam o seu corpo no *intermezzo* vida e morte? Que acontecimentos são suscitados entre desacreditar de tudo e acreditar em momentos possíveis de saúde, ou seja, o que emerge entre a impotência e a potência do corpo?
- Que subjetivações/individuações nebulosas são criadas ou inventadas nesse entre vida e morte na superfície do corpo?
- Como esses corpos provocam/problematizam ou impactam as nossas noções tradicionais de corpo saudável e de corpo doente?
- O que mais importa para esses pacientes, quando experimentam o adoecimento de seu corpo?

Simultaneamente à audição dos relatos dos amigos, aos estudos sobre as pesquisas realizadas sobre o tema proposto, também investi em leituras às obras de Deleuze, Guattari, Nietzsche e tantos outros aos quais me conectei durante essa etapa de minha vida. A leitura à obra de Deleuze e Guattari foi desenvolvida como uma “garimpagem”, de forma mais ou menos aleatória, buscando primeiramente me associar ou deixar me envolver com os conceitos, com o modo particular do pensamento desses autores, ou seja, não há nenhum interesse em fazer um estudo acerca da cronologia, nascimento e desenvolvimento dos conceitos desses autores. Interessa-me “roubar” o que pode contribuir para torcer o raciocínio em torno dos movimentos, da vitalidade e da mortalidade biológica do corpo.

Esse foi o momento do primeiro desafio, porque nunca fui uma leitora de Deleuze e de Guattari, na verdade, estudei Foucault e outros autores até minha inserção no Doutorado e, como não dispense um bom desafio, aceitei mergulhar nesse universo complexo que convive com tantos paradoxos, ou melhor, que incorpora o paradoxo, o caos e as multiplicidades. Um universo em que Deleuze vê, a partir de sua leitura de Nietzsche, um eterno retorno do diferente e não do Mesmo, que rompe com o pensamento arborescente e se deixa espriar com a relva do pensamento rizomático. Um pensamento que busca, na filosofia, na literatura e em formas diversificadas da

expressão artística, os vários fios condutores que engendram, dentre outras coisas, uma forma singular de conceber o mundo. Esse desafio não tem fim, continuo exercitando essa leitura e, muitas vezes ainda me deparo com conceitos cuja compreensão ainda está por vir. Como uma “vaca”, parafraseando Nietzsche, continuo *ruminando* algumas ideias¹⁰.

O segundo desafio foi, na esteira do primeiro, raquear os conceitos que mais se aproximavam dos elementos ou dimensões que compõem o problema desta pesquisa. Empreitada no mínimo desconfortável e que, em vários momentos, causou-me uma paralização do pensamento ou constrangimento em estabelecer linhas ou conexões entre a vida e a morte, e entre a saúde e a doença no corpo com base nesses teóricos da filosofia da diferença¹¹, principalmente, pela especificidade da “lógica” do raciocínio de Deleuze e Guattari, pois é difícil fazer deslocamentos dos conceitos do campo filosófico para o ensino de ciências. Portanto, o que tento fazer, de modo meio torto, é experimentar a potência conceitual desses autores para ver, para sentir e para pensar a vida a partir de outros ângulos (do exterior, do diferente) como, por exemplo, detectar os resíduos de vida e a recriação da vida a partir da morte, ou, possíveis transmutações da morte orgânica em vida como intensidade.

Mesmo com essa dificuldade, o problema de pesquisa terá a luz de alguns conceitos específicos desses teóricos da filosofia da diferença, dentre os conceitos manipulados por Deleuze posso citar os de *corpo cansado*, *corpo esgotado*, *solidão povoada*, *Dobra*, *Cronos*, *Aion*, *Ecceidade*, *Acontecimento* e, por Deleuze e Guattari, *Linhas de Fuga*, *Rizoma* e; *Grande Saúde e Amor Fati*, de Nietzsche¹². Tais conceitos – enquanto ferramentas que aguçam a visibilidade sobre os fenômenos tratados nesta pesquisa – auxiliam-me a engendrar uma perspectiva para pensar a singularidade dos processos vivenciados por pacientes considerados terminais, na turbulência de sua busca de alguma forma de equilíbrio - em sua frágil/forte existência - no atravessamento, em

¹⁰ Nietzsche, no Prefácio de “A genealogia da moral”, trata da necessidade de “uma arte de interpretação” para compreender os seus aforismos, finaliza com essas palavras: “Na verdade, para elevar assim a leitura à dignidade de ‘arte é mister, antes de mais nada, possuir uma faculdade hoje muito esquecida (por isso há de passar muito tempo antes dos meus escritos serem ‘legíveis’), uma faculdade que exige qualidades de vaca, e absolutamente **não** as de um homem ‘moderno’: a de **ruminar**...” (2011a, p. 30 - Grifos do autor).

¹¹ Embora vários filósofos tenham suas produções inseridas no que hoje se convencionou chamar de Filosofia da Diferença, é justo lembrar o pioneirismo de Deleuze sobre a criação de um novo conceito de diferença a partir de sua obra clássica *Diferença e Repetição*.

¹² Esses e outros conceitos serão discutidos no decorrer deste trabalho, de acordo com as torções e pressões do pensamento sobre o corpo do paciente terminal e seus singulares modos de vida.

seu corpo, da saúde e da doença e suas relações com a proximidade e com a brevidade da morte.

A filosofia desses teóricos se apresenta de forma complexa de modo que os conceitos são imbricados e atravessados, ao mesmo tempo em que atravessam outros. Desta feita, as discussões que se seguem também adentrarão o mundo das conexões tão peculiares principalmente ao pensamento de Deleuze e Guattari.

Seguindo esse raciocínio, as discussões em torno da vivência de pacientes terminais e toda a problemática do corpo será encaminhada ou remetida para a escola e suas relações com o corpo, de modo geral, e para as relações do ensino de ciências na Educação Básica, de modo particular. Minha experiência de professora, também da Educação Básica, atesta uma grande preocupação com as práticas preventivas, intervenções para uma suposta eternização do corpo saudável e extrema ênfase sobre os sistemas responsáveis pelo corpo vivo, no entanto, tais intervenções e ênfases não se aplicam ao corpo doente, debilitado, nem tampouco, aos processos de finitude do corpo, isto é, da iminência e necessidade da morte orgânica.

É essa ênfase que o ensino de ciências da Educação Básica dá ao corpo vivo e saudável, no entanto, nem sempre consegue conceber o corpo em toda a sua complexidade e, frequentemente, toma-o de forma fragmentada. Somente a título de exemplo, posso citar as constantes críticas e resistências que os próprios professores de ciências demonstram a respeito do conteúdo de vários livros didáticos, principalmente no que concerne às dimensões do corpo que estão além do biológico. É o caso de Santana e Santos (s/d) que, ao analisarem um livro didático de Ciências do 8º Ano do Ensino Fundamental – editado em 2009 - indicado pelo Ministério da Educação e recomendado pelo Guia do Plano Nacional de Livro Didático (PNLD), afirmam, dentre outras coisas, que:

No livro analisado, a abordagem dada ao corpo humano é feita de maneira superficial e pouco abrangente, havendo uma predominância dos aspectos biológicos em detrimento dos aspectos sociais e culturais, não promovendo uma reflexão acerca da inclusão social e escolar dos estudantes com necessidades especiais. Este fato demonstra como uma concepção equivocada do autor sobre corpo humano pode comprometer a qualidade do enfoque desse tema, visto que o livro didático ainda é, na maioria dos casos, o principal instrumento utilizado no âmbito escolar. (SANTANA e SANTOS, s/d, p, 3).

As lacunas relacionadas ao tema da inclusão realmente nos fazem pensar em como se sente um estudante que possui alguma deficiência e cujo corpo nem sempre pode ser incluído nas taxonomias com que o corpo humano é dividido e estudado na escola. Como disse, esse é apenas um dos exemplos de fragmentação na abordagem do corpo, pois ele ainda pode ser fragmentado de várias formas, como relata Silva (2011) ao se apropriar de alguns conceitos de Deleuze e Guattari para – também analisar livros didáticos de Ciências e experimentações em sala de aula - dizer que “o corpo desorganizado” da vida se contrapõe ao “modelo molar [que] ainda se faz presente no discurso e narrativa da biologia que chega e constitui a escola. Os fluxos, os desejos, os devires, as transições e as intensidades não estão incorporados. Como também, em grande medida, não foram incorporados nos dizeres de professoras, professores, alunas e alunos”. (SILVA, 2011, p. 61-62).

As discussões e problemáticas anunciadas até este momento são desenvolvidas e investigadas considerando os seguintes objetivos:

- Detectar os modos como os pacientes em estado terminal experienciam possíveis momentos de velocidades lentas e/ou frenéticas de saúde para seus corpos, mesmo no estado de doença no qual se encontram;
- Discutir os processos de subjetivação que se inscrevem nos corpos desses pacientes que são atravessados pelos estados de saúde, de adoecimento, de vida e de proximidade com a morte;
- Problematizar os modos de reinvenção do corpo saudável criados por esses pacientes com os conceitos tradicionais de corpo, de saúde e de doença oriundos principalmente da biomedicina;
- Problematizar os momentos nos quais esses pacientes dizem, descrevem e vivenciam tudo aquilo que julgam ser o mais importante para as suas vidas quando sentem os seus corpos atravessados pela doença e pela proximidade da morte.
- Construir pontes conceituais entre os grãos ou cristais de afetos daqueles que viveram com pacientes terminais e as afecções produzidas em seu próprio corpo.

O problema de pesquisa maquiado nas questões problemáticas e os objetivos que busco alcançar, amparados na leitura atenta acerca dos teóricos da Filosofia da Diferença citados no início deste trabalho, a interação com pacientes terminais e a audição aos relatos de pessoas que acompanharam de perto os processos de pacientes terminais me levam a formular a seguinte proposta de Tese:

Os pacientes em estado terminal inventam e reinventam suas subjetividades e percorrem um nebuloso movimento entre vida e morte, entre saúde e doença, que os forçam o repensar de outros modos de entendimento do corpo, da vida e da saúde. O corpo nesse *intermezzo* fomenta um movimento de dobras e redobramentos percorrido por experiências de momentos de velocidades lentas e/ou frenéticas de saúde, (mesmo no estado de doença no qual se encontram, através da eliminação ou exclusão mental dos órgãos comprometidos) e tendem a providenciar uma saúde provisória para a sua própria existência. Um geocorpo que experiencia transmutar ou ver e dizer de si outros modos. O que possibilita comunicar com o desmanchamento do idêntico para dobrar o “outramento” (um outro de si, um outro de outro).

Considerando a singularidade dos processos de subjetivação vivenciados e construídos pelos pacientes em estado terminal, a pesquisa está se desenvolvendo a partir do estabelecimento de uma relação de “camaradagem” entre mim e os pacientes e seus familiares. Deleuze usa esse termo (camaradagem) no texto intitulado “Whitman”, de “Crítica e clínica” para demonstrar que, tal qual a relação do homem com a natureza, - na qual há uma troca - Whitman estabelece uma relação com os pacientes em que, embora não forme um todo, “tece uma coleção de relações variáveis” (DELEUZE, 2011b, p. 81). Enfim, tal como ocorre na relação do “homem com a Natureza”:

O mesmo ocorre enfim nas relações do homem com o homem. Aí também o homem deve inventar sua relação com o outro: “Camaradagem” é a grande palavra de Whitman para designar a mais elevada relação humana, não em virtude do conjunto de uma situação, mas em função dos traços particulares, das circunstâncias emocionais e da “interioridade” dos fragmentos envolvidos (por exemplo, no hospital, instaurar com cada agonizante isolado uma relação de camaradagem...)... A camaradagem é essa variabilidade, que implica um encontro com o Fora, uma caminhada das almas ao ar livre, na “grande-estrada” (Idem, p. 81).

Trata-se de um “todo” possível mediado ou circunscrito à situação determinada de um encontro, de um contato. Essa compreensão - tanto para o estabelecimento da

relação, quanto para a captação das especificidades de cada paciente e suas respectivas experiências com a doença e a saúde - é essencial e favorece a solidariedade. Lidar com essas pessoas exige, portanto, respeito aos momentos de disponibilidade (ou não) e o acompanhamento mais intenso, ou seja, os procedimentos de conversa e de interação devem se repetir quantas vezes forem necessários e possíveis.

Os pacientes são acompanhados em suas consultas, em seus lares e em reuniões familiares. Sempre que possível uso o gravador em nossas conversas. Quando o paciente passa longos períodos sem vontade ou sem condições físicas para me receber, faço uso de uma espécie de Rodízio de Diários, sob o qual tanto o paciente, quanto seus familiares possuem dois diários cada, nos quais anotam suas rotinas, ânimos, esperanças, dores, avanços, recuos, forças, fraquezas... Enquanto faço as transcrições de suas anotações, eles ficam com o segundo exemplar até que possamos realizar a troca. Essa interação – como uma forma de “troca” tal qual inspirada na relação de camaradagem assinalada por Deleuze – realmente exige uma relação via escrita, de modo que entre uma troca e outra também deixo minhas marcas nos Diários dessas pessoas, assinalando algumas palavras sobre como sinto ou como suas experiências me afetaram, palavras de solidariedade, de empatia e de transcrição de poesias¹³.

Além do Rodízio de Diários e das conversas gravadas, os conteúdos dos telefonemas também são anotados, assim como as observações quando acompanho os pacientes em suas consultas médicas e dos meus encontros com os pacientes e seus familiares. Esses encontros não podem ocorrer com tanta frequência por conta do estado, muitas vezes debilitado dos pacientes, daí o uso do telefone para obter informações.

Com as pessoas que vivenciaram a luta de um familiar contra alguma doença incurável, os depoimentos foram providenciados através de mensagens por e-mail e de pequenos textos. Nestes casos, trata-se de pessoas que acompanharam seus entes até a morte.

Na contramão das orientações herméticas da ciência moderna sobre a necessidade da pretensa neutralidade e da objetividade do pesquisador, minha

¹³ Essas trocas ou relações por escrito durante o Rodízio dos Diários não serão incluídas nesta pesquisa. Usarei as anotações e observações que faço nos encontros e outras a partir dos telefonemas entre os familiares dos pacientes e eu.

preocupação é organizar e criar um modo de raciocínio que não exclua a minha sensibilidade quanto aos processos vivenciados por essas pessoas. Não é que se queira romantizar a vida, mas de um empreendimento de pesquisa e uma escrita que exerçam sua afirmação da vida através de provocações, uma escrita preche de possibilidades de afecção.

Cumprir informar que, embora a pesquisa não envolva nenhum risco biológico e físico aos pacientes e que não ocorreu em nenhum hospital público ou particular, foram respeitadas todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, principalmente ao que concerne ao capítulo II, parágrafo 5 da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre:

II.5 - consentimento livre e esclarecido - anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar (BRASIL, 2012).

Todos os pacientes assinaram um Termo de Consentimento e de livre vontade aceitaram participar da pesquisa. Ao longo do trabalho, o leitor poderá perceber que os pacientes foram respeitados em cada momento de suas próprias vivências e dores. Somente os encontrava quando, antecipadamente, aceitavam me receber, por isso mesmo, ou seja, por compreender e aceitar que nem sempre podiam ou desejavam me receber é que criei estratégias para acompanhá-los à distância, como, por exemplo o uso do Rodízio de Diários.

Da mesma forma, todos os nomes de todos os participantes da pesquisa foram substituídos por pseudônimos, inclusive daqueles que são mencionados pelos participantes como: médicos, amigos ou outros. O mesmo ocorreu com as instituições hospitalares, mencionadas no corpo deste trabalho, pois nenhuma foi identificada.

Informo também que, apesar de já existir uma nomenclatura médica mais recente para os pacientes terminais, optei por mantê-la pois, apesar de “paciente paliativo” ser uma terminologia mais branda, ela continua se referindo ao paciente que possui uma doença incurável e se encontra em estágios para os quais cumpre à medicina apenas providenciar formas possíveis de sobrevivência. A mudança de palavras não

significa que houve propriamente mudança de conceito. Não há dúvidas quanto ao fato de que um paciente terminal nem sempre tem um prazo fixo para a sua morte ou que o mesmo possa ser previsto exatamente pelos médicos, ou seja, um paciente terminal, dependendo de sua doença, pode viver um dia, um ano, dez anos ou mais. De todo modo, pelo que fui constatando durante a pesquisa, o termo “estado paliativo” está tão associado ao de “estado terminal” que ambos são imediatamente tomados como uma sentença de morte.

Quanto à apresentação dessa escritura, não estou certa se devo ou não solicitar permissão a todas as instituições responsáveis pela organização ou formatação do trabalho acadêmico, mas desejo que minha vontade seja aceita e que não sofra qualquer sanção acadêmica com relação à conclusão desses quatro anos de doutoramento. É que deliberadamente fugi da estrutura do trabalho em capítulos. O corpo e as dimensões tão complexas que se entremeiam formando um geocorpo não aceitam ser divididas em “partes” que pressuponham uma certa ruptura.

Por isso e por tantas outras particularidades deste trabalho, que o leitor poderá avaliar por si mesmo ao longo de sua leitura, é que optei por escrevê-lo em sessões. Não são simplesmente seções, como partes de um todo, mas propriamente sessões, como diversas apresentações de um espetáculo ou de um filme. Embora pareça sempre o mesmo filme e a mesma peça teatral – e aqui pareça que é sempre do mesmo corpo que estou a discutir – suas apresentações nunca são a repetição do Mesmo. Em cada sessão há uma distribuição de afetos; um circuito de autores e de pensadores e vários curtos-circuitos de ideias e conceitos; aparecimento de vozes, grãos, cristais de individualidades singulares; cada sessão compõe e foi composta por cada momento único que o tempo fez o favor de se dobrar e desdobrar sobre mim, ao mesmo tempo em que meu próprio corpo se metamorfoseou diversas vezes em cada desdobramento desse tempo que vivo. Qualquer um que tenha o mínimo de sensibilidade poderá nos ver a todos nesta Tese.

Este trabalho possui nove sessões, incluindo esta Introdução. A segunda sessão corresponde a minha aproximação com as discussões sobre o corpo, a saúde e a doença na história da medicina, através de Foucault (2011) e na biologia por meio da teoria de Canguilhem (2012). Ao longo do texto, apresento várias dimensões do corpo do paciente terminal culminando com alguns conceitos que corroboram o de geocorpo,

desta feita, o exercício do pensamento promoveu a criação dos conceitos de solidão rodeada, de solidão miserável (3ª sessão); e de corpo apaziguado (4ª sessão); uma discussão da morte como efetuação do Acontecimento, ressaltando um jogo esquisito entre dois movimentos que nomeei de presença-ausência da morte e ausência-sempre-presente da morte (5ª sessão); continuação da discussão sobre a morte, enfatizando a contra-efetuação do Acontecimento, ou seja, a plenitude da vida mesmo após a morte de um ente querido (6ª sessão); uma crítica acerca do sentimento de culpa médico-cristã que ronda o paciente terminal, demonstrando que a vontade de viver do paciente vai além da esperança e, quando esta deixa de existir, é a perseverança que melhor reflete toda a sua luta pela vida (7ª sessão); perspectivas do corpo além do modelo orgânico, um geocorpo como mapa, traçado por buracos, aberturas, vazamentos impossíveis... pois, percorre sempre a singularidade, a hecceidade - a plasticidade, a abertura e a multiplicidade, a inauguração de um instinto de busca e encontro de uma saúde possível (8ª sessão); uma breve discussão acerca do sentido da/para a vida do paciente terminal finalizando essa leitura que fiz sobre as singularidades dos pacientes terminais e abrindo as portas para posteriores discussões sobre a vida, sobre a saúde, sobre a doença e sobre a morte como atravessamentos dos geocorpos (9ª sessão). E, finalmente, as referências com o elenco de autores e obras que me instrumentalizaram nessa experiência de pesquisa e que contribuíram para esse entendimento sobre o corpo do paciente terminal e para as tantas dobras processadas em meu próprio corpo.

1.1. Dos pacientes e seus familiares

Os pacientes são contatados a partir da indicação de uma médica de família e os depoentes que apresentam suas experiências acerca de algum familiar falecido, que viveu a luta contra alguma patologia incurável, fazem parte de meu convívio acadêmico e/ou pessoal.

O primeiro paciente, que denomino com o pseudônimo de Sr. Rudson Martins, faz parte da pesquisa desde 30 de abril de 2014. Ele possui 47 anos, é casado com uma mulher de 48 anos, cujo pseudônimo será Sra. Maria Martins. Ele possui duas filhas: Regiane Martins (de 14 anos) e Valéria Martins (de 17 anos)¹⁴. Sr. Rudson Martins está há dois anos lutando contra um câncer de língua invasor, está aguardando para fazer a

¹⁴ As idades dos participantes e as datas relacionadas ao tratamento são referentes ao ano de 2014, data em que começamos a nossa relação de pesquisa.

cirurgia na qual terá sua língua amputada. Ele trabalhava como mecânico de motocicleta, tinha sua própria oficina, mas era muito curioso e gostava de aprender a consertar tudo o que podia, em 2014 estava aprendendo a consertar micro-ondas através de estudos que fazia pela internet, havia comprado uma placa de taxi, estava pagando um carro e esperando se recuperar para trabalhar à noite de taxista. Ele e sua esposa estavam se preparando para custear os estudos de suas duas filhas, caso precisassem cursar o ensino superior em universidades particulares.

Desde o dia 16 de maio de 2014 o Sr. Rudson Martins encontra-se num estado de depressão, conforme parecer de seus médicos e relatos de sua esposa. Fui a sua casa várias vezes, porém, ele não pode conversar comigo. Estabeleci maior contato com sua esposa, com quem falo regularmente por telefone, e com suas duas filhas.

Como estratégia para acompanhar o Sr. Rudson Martins, levei cadernos para ele, para sua mulher e para as filhas e propus que fossem registrando qualquer sensação, experiência, pensamentos sobre a vida do Sr. Rudson Martins e também sobre suas próprias vidas. O Sr. Rudson Martins não fez nenhum registro.

A Sra. Maria Martins, Valéria Martins e Regiane Martins aceitaram e, desde então, estão fazendo os registros, os quais me permitem ter acesso aos movimentos do Sr. Rudson Martins além de compreender os dilemas que a família está vivenciando em sua relação com ele.

Encontrei com aquele que seria o segundo paciente, que denominei de Sr. Carlos Nobre, no dia 20 de maio de 2014. Fui acompanhá-lo a uma consulta em um hospital público. Sr. Carlos Nobre possui 73 anos, reside na zona rural e há seis meses luta contra um câncer de lábio inferior. Esse paciente não sabe que está com câncer nem tampouco que se encontra em um “estado terminal”, pois a família resolveu não dizer a ele. No dia da consulta o médico pediu sua internação.

Após esse primeiro encontro, a filha do Sr. Nobre Inocência não atendeu mais as minhas ligações, imagino que tenha ficado temerosa de que seu pai, através de mim, viesse a tomar conhecimento de sua doença. Portanto, apesar de ter gravado nossa primeira conversa e do paciente ter aceitado participar, ele não será inserido neste trabalho, pois não houve tempo para que o mesmo assinasse o Termo de Aceite para

participar da pesquisa. Limito-me a fazer uso de minhas observações e dos registros que fiz acerca de seu atendimento pelo médico.

A Sra. Josiane Cruz é a segunda paciente que efetivamente faz parte desta pesquisa. Da data de nosso primeiro encontro, no dia 26 de abril de 2015, ela contava 79 anos e estava com câncer do colo uterino. Quando a conheci, deparei-me com uma senhora de estatura baixa, aproximadamente um metro e meio, branca, com os cabelos curtos e completamente brancos, falava de modo bem articulado, com voz branda e serena. Mesmo doente, com exceção das vezes que pedia licença para ir ao banheiro por conta das cólicas e da diarreia, não demonstrava nenhum sinal de debilidade física. Ela ainda ministrava aula de canto, piano e teclado para mais ou menos seis alunos de diferentes idades.

Fui à casa de D. Josiane Cruz mais três vezes e a acompanhei em quatro idas ao hospital para os procedimentos burocráticos de marcação de consultas e exames. Em uma dessas idas, participei da palestra de um enfermeiro que explicava os procedimentos para a radioterapia à qual ela seria submetida posteriormente. Em uma outra oportunidade, fiz-lhe companhia em uma de suas consultas. Em todos esses encontros, com exceção do primeiro, apesar de termos conversado bastante, D. Josiane Cruz não permitiu que nossas conversas fossem gravadas. Ela sempre foi uma pessoa muito discreta e, de certa forma, tímida.

Participei também do último Recital, no dia 16 de junho de 2015, que ela promoveu em um abrigo para pessoas idosas. Lembro-me bem desse dia, ela convidou um grande violonista para acompanhar aqueles que iam cantar, esse tipo de evento era uma constante em sua vida profissional, era a oportunidade que ela criava para apresentar os avanços que seus alunos tinham obtido durante cada etapa de estudos, que geralmente durava em torno de um semestre. De personalidade forte, impetuosa e irrequieta, cuidava de todos os detalhes pessoalmente. Quando abriu o evento disse quais alunos iam se apresentar, informou que um aluno tinha faltado porque teve um compromisso de trabalho que não podia adiar, falou que uma aluna também tinha faltado porque havia adoecido e que, uma outra também havia faltado “devido ser irresponsável mesmo”, toda a plateia riu!

Ela não conseguia ficar parada. Nesse dia, ela apresentava o aluno dizendo qual ou quais músicas iria cantar ou executar ao teclado, ficava ao lado pronunciando as letras das músicas, fazendo movimentos com as mãos como se estivesse tocando junto e, em várias ocasiões, não se conteve e sua voz acabou ressoando transformando a apresentação do aluno ou da aluna em dueto. Após cada apresentação, ela fazia a avaliação do aluno ali mesmo, sem meias palavras: dizia quem tinha se esforçado ou não, quem era “respondona” e “teimosa”; disse que um dos alunos, um jovem rapaz, “estava pronto, pronto para caminhar sem ela e que a família deveria buscar outros recursos e oportunidades para que ele continuasse a crescer como músico”. Repreendeu a plateia por duas vezes, dizendo que o silêncio era necessário para que nós pudéssemos ouvir e os artistas pudessem se concentrar.

Houve uma senhora que cantou tão bem que a plateia aplaudiu antes de a música terminar, em acontecido isso, tal senhora parou de cantar e o violonista também de tocar. D. Josiane Cruz, mais uma vez entreviu, disse que agradecia, mas que a apresentação ainda não tinha terminado, mandou que ambos artistas executassem a música a partir do trecho que tinha sido interrompido, a plateia riu novamente. Quando eles terminaram, ela se voltou para a plateia e disse: “Agora vocês podem aplaudir!”. E complementou “O artista só para quando a sua apresentação acaba”.

Quanto a D. Josiane Cruz também conto com o depoimento da Sra. Leda Teles que foi uma das acompanhantes dessa paciente nos momentos mais cruciais de sua vida.

1.2. Das relatoras e seus familiares falecidos

Apesar de ter ouvido o relato de várias pessoas que passaram pela experiência de ter acompanhado algum familiar em estado terminal, apenas duas aceitaram participar efetivamente da pesquisa.

Relato 1: Sophia Andréas, sobre sua mãe Francisca Andréas que faleceu aos 74 anos, após ter vivenciado um câncer de língua. A Sra. Francisca era conhecida por sua generosidade e cultivo de sua espiritualidade características que apareciam no seu cuidado com os filhos e com a casa. Segundo sua filha, a Sra. Francisca também inventou uma forma singular de viver com a doença e de se relacionar com a morte.

Cito abaixo as palavras de Sophia Andréas sobre sua mãe, que demonstram algumas lições deixadas por D. Francisca:

Minha mãe era e sempre foi dona de casa. Tinha total controle sobre tudo de sua casa, era muito limpa, não dormia sem que sua casa estivesse completamente limpa. Adorava passear, costurar, cuidar de plantas e animais, inclusive, do animal humano. Era uma apaixonada pelos filhos, amorosa, exercia a caridade (é assim que os espíritas falam kkk), religiosa, amiga, incapaz de trair qualquer pessoa. Uma mulher forte que criou todos os seus filhos com dignidade. Tinha opinião (como dizia a minha avô) kkkk.

Também era uma mulher que amava a vida, nunca a minha mãe lamentou qualquer coisa para os filhos... Ela soube dizer sim à vida, esse foi o seu maior ensinamento... calada, falava baixo, nunca bateu em nenhum de seus filhos... também tinha um lado engraçado...adorava ser gentil com as pessoas.

Lembrando: Minha mãe inventou um modo de lidar com a doença que nunca passou pelo ressentimento... A dor ampliou o seu olhar, seus sentidos e ela compreendeu muito bem que tinha que fazer sua partida.

Relato 2: Mariana Galvão, sobre seu pai Moacir Galvão que faleceu aos 74 anos após lutar contra três cânceres: o primeiro foi um câncer de próstata, dois anos depois o câncer de garganta e, o último, um câncer de pulmão que o levou a óbito em janeiro de 2010.

O Sr. Moacir Galvão sofreu um acidente de trabalho há muitos anos, antes de ser acometido pelos cânceres, que culminou com a amputação de uma de suas mãos. Mesmo assim, criava formas para se manter ativo como amarrar faixas em seu antebraço para continuar a realizar as suas tarefas. De acordo com o relato de sua filha Mariana Galvão, ele “viviu muito bem sem ela, nunca quis se submeter à implantação de prótese e surpreendia a todos por executar todas suas atividades de trabalho com um domínio excepcional”. Mesmo após os dois primeiros cânceres, o Sr. Moacir Galvão continuava a executar as tarefas que tanto gostava, “como consertar o carro, dirigir, cuidar das plantas e ler”. Sua filha deixou claro o quanto o Sr. Moacir Galvão era habilidoso na arte de viver em meio às dificuldades impostas pela própria vida:

Não me lembro de nenhuma vez meu pai ter se recusado a executar alguma tarefa em virtude a sua *deficiência*, ou mesmo tecer algum comentário negativo em relação à sua limitação física, ele simplesmente a ignorava e quando alguém se reportava a ela fazia piadas. Tinha habilidades manuais surpreendentes, muitas pessoas ficavam impressionadas com sua determinação e a maneira que improvisava para executar suas tarefas. Prendia faixas nas mãos,

inventava ferramentas e modos de manter-se inteiro em tudo que executava. (Relato de Mariana Galvão, em 2013).

Além da dor que Mariana Galvão experimentou com a doença e a morte de seu pai, também herdou muitas alegrias e testemunhos de força e de vitalidade.

2. CORPO EM FRAGMENTOS

Em 20 de maio de 2014, ao acompanhar o Sr. Carlos Nobre ao hospital para uma consulta, vi que nas portas dos consultórios estavam escritas as partes do corpo, pertencentes à especialidade do médico oncologista, que orientam o pertencimento de cada paciente de acordo com o órgão/parte atingidos pelo câncer. No consultório em que Sr. Nobre Inocêncio foi atendido estava escrito: “CABEÇA E PESCOÇO”. (Fragmentos de minhas anotações).

Com os corpos que trabalho se trata realmente da situação extremada de “um corpo que não aguenta mais¹⁵”. Mas, lembrando a pergunta de Espinosa retomada por Deleuze - “Que pode um corpo?” – percebemos que ainda estamos longe de uma teoria que nos dê uma compreensão mais ampla sobre a potencialidade do corpo, não apenas porque tal empreitada seria o resultado de um trabalho coletivo e dispendioso, mas também, porque nossa ciência ainda se move por um regime de fragmentação, de modo que, mesmo com todos os esforços da medicina e suas áreas específicas como a neurociência, a oncologia e outras, as ciências biológicas e as ciências humanas com as políticas do corpo e outras áreas, todas apresentam explicações e avanços situados e intrínsecos aos limites de seu arcabouço teórico e técnico. Nesse cenário povoado por uma infinidade de áreas de conhecimento e especialistas o corpo continua sendo estudado por suas “partes”.

Além dessas dificuldades, a ciência vive uma longa história de dualidade entre o corpo e a alma. Descartes (1596-1650), por exemplo, possui uma grande responsabilidade sobre esse assunto¹⁶, pois, operou a separação entre a alma, como fonte da razão e, o corpo, como simples máquina ou um relógio que apenas abriga a alma¹⁷. A ciência moderna seguiu seu curso ignorando o corpo e cultuando o cérebro.

¹⁵ Esse é o tema desenvolvido por David Lapoujade (2011) inspirado pelos personagens de Beckett.

¹⁶ A breve digressão que levo a efeito nesta sessão foi realizada de forma relativamente aleatória, conforme o pensamento foi se organizando. É como diz Canguilhem (2012) numa passagem que considero uma grande esperteza: “Por que não ter adotado, logo de início, a ordem histórica? Primeiro porque o relato histórico sempre transtorna a verdadeira ordem de interesse e de interrogação. É no presente que os problemas solicitam uma reflexão. Se a reflexão leva a uma regressão, a regressão é necessariamente relativa à reflexão. Assim, a origem histórica importa menos, na verdade, que a origem reflexiva”. (CANGUILHEM, 2012, p. 29).

¹⁷ Logo após enunciar a sua verdade do “penso, logo existo”, Descartes faz a seguinte declaração: “Depois, examinando com atenção o que eu era e notando que podia fingir que eu não possuía corpo algum e que não havia mundo algum ou qualquer lugar onde eu existisse, mas que nem por isso podia supor que não existia... Compreendi então que eu era uma substância cuja essência ou natureza consiste somente no pensar e que, para ser, não necessita de lugar algum, nem depende de qualquer coisa material. Desse modo, esse eu, isto é, a alma, pela qual sou o que sou, é inteiramente distinta do corpo e até mesmo que ela é mais fácil de conhecer do que ele e, ainda que esse nada fosse, ela não deixaria de ser tudo o que é”. (DESCARTES, 2009, p. 42).

Um exemplo disso é a “ciência da frenologia” no século XIX. Tal ciência postulava que a forma do cérebro com seus côncavos e convexos correspondia, com toda a precisão, à mente por dentro. Os cientistas mediam as saliências do cérebro, e, dessa forma acreditavam “mensurar o caráter do sujeito ao determinar quais áreas do cérebro estavam inchadas pelo uso e quais estavam murchas pelo desuso” (LEHRER, 2010, p. 22).

Nessa época viveu o poeta Walt Whitman (1819-1892) que retratava em seus poemas a supremacia do corpo, ele acreditava que os sentimentos começam no corpo, que, na verdade, somos um corpo e não apenas o habitamos. Para ele, alma e corpo estão imbricados. Segundo Jonah Lehrer (2010, p. 19) “essa era a ideia poética de Whitman. Não temos um corpo, somos um corpo”. Embora Whitman não tenha sido reconhecido e seu pensamento tenha sido tomado como erótico ou pornográfico:

Atualmente, a neurociência sabe que a poesia de Whitman falava a verdade: as emoções são geradas pelo corpo. Por mais efêmeros que pareçam, nossos sentimentos estão, na realidade, enraizados nos movimentos de nossos músculos e nas palpitações de nossas entranhas. Além disso, esses sentimentos materiais são um elemento essencial do processo de raciocínio. Como observa o neurocientista António Damásio, “a mente é encarnada [...] não apenas cerebralizada” (LEHRER, 2010, p. 21 - Grifos do autor).

O desmembramento do corpo, todavia, não é uma ideia pertencente somente a Descartes, pois, mesmo na Grécia Antiga, na época de Homero, não havia uma noção de corpo “como uma unidade organizada. O corpo era sentido de forma fragmentada, como um agregado de membros e articulações” (ORTEGA e ZORZANELLI, 2010, p. 20). Somente na época de Hipócrates (460-377 a. C.) concebia-se uma “noção de corpo unificado” sob a qual o corpo era delimitado entre a dietética – relacionada às doenças internas, e à prática cirúrgica – reservada às doenças externas. Ainda segundo os autores supracitados, “o corpo cirúrgico, no entanto, permanecia um objeto de superfície, não sendo propriamente um corpo anatômico” (ORTEGA e ZORZANELLI, Idem), desta feita, havia impedimento com relação à dissecação dos cadáveres, uma vez que, pelo juramento hipocrático e pela cultura grega, não era permitido profanar os corpos mortos.

Sobre a tentativa de compreender e de explicar o funcionamento do corpo temos a primeira teoria atribuída a Hipócrates: a teoria dos humores. O corpo seria uma combinação equilibrada entre os quatro líquidos principais, a saber: sangue, fleuma, bile

amarela e bile negra. A saúde do corpo seria medida pelo equilíbrio de ingestão, pela manutenção e pela expulsão desses líquidos. Os mesmos apresentavam uma relação com as estações do ano; com os quatro elementos – terra, ar, fogo e água; e com as quatro qualidades – frio, quente, seco e úmido. De acordo com Pigeaud (2009, p. 66):

*Natureza do Homem*¹⁸ nos diz que o homem é, como o mundo, uma totalidade orgânica e, acrescenta, que nós estamos ligados aos movimentos do mundo pelos humores que existem perpetuamente no corpo do homem, mas que, “com o ciclo das estações, passam por fases de aumento ou de diminuição, cada uma segundo seu turno e sua natureza”. Assim, o flegma tem um impulso no inverno, mas conserva a força na primavera; o sangue aumenta na primavera, mas conserva a potência no verão; a bile cresce [no verão] e persiste até o outono. A bile negra encontra-se em seu mais alto grau de força no outono. (Grifos do autor).

A teoria dos humores corresponde, segundo a leitura de Pigeaud, a um mito, uma forma de explicar as doenças e de demonstrar que o homem é uma totalidade, assim como o mundo, e, que a saúde depende da forma como o homem vive, pois: “o homem vive no ritmo do universo; mas, sobretudo, adoce no ritmo do universo” (Idem).

Pigeaud (2009) também nos adverte de que a teoria dos humores não representava uma unidade, ou melhor, não correspondia à única teoria sobre o funcionamento do corpo na Idade Antiga, pois, havia outras teorias, assim como várias teorias dos humores.

Portanto, é evidente que não há uma, mas várias teorias dos humores que tentam responder a um certo número de questões. Por outro lado, é preciso dizer sem subterfúgios que as teorias humorais não representam o fundo comum e único da medicina antiga, como se é frequentemente tentado a pensar. Com efeito, existe uma reação “anti-humoralista” que começa a ser significativa com Erasistrato no século III a.C. Esse grande médico, como nos diz Galeno, criticou Hipócrates, negou a cocção, deixou de falar da bile negra e pouco escreveu sobre a bile amarela; ele julga inútil saber como os alimentos se transformam no estômago e como nascem os humores. (PIGEAUD, 2009, P. 67).

¹⁸ Refere-se ao tratado Da Natureza Humana que, segundo Ivan Frias (2009, p. 19-20), foi escrito no “final do século V a. C. que atravessou toda a Antiguidade e a Idade Média, chegando ao início da Idade Moderna. No século XVIII, ainda houve um *renascimento* hipocrático, seguido pelo seu declínio no início do século XIX, quando surge o método anatômico com Bichat e Laënnec, a psiquiatria com Pinel e a homeopatia com Hahnemann, todos eles ‘herdeiros’ de Hipócrates”.

Além de Erasistrato e dessa teoria anti-humoralista, Pigeaud (2009) ainda discorre sobre os *pneumatistas* (com Areteu da Capadócia); Asclepiades que propunha a “circulação de elementos sólidos invisíveis em canais invisíveis”; os *metodistas* (sucessores de Asclepiades) que acreditavam que “a causa das doenças é o relaxado, o contraído, ou a combinação dos dois” (Idem, p. 68-69).

Como disse anteriormente, a dissecação dos cadáveres ainda não fazia parte dos interesses e da cultura antiga. De acordo com Ortega e Zorzaneli (2010, p. 22) “a repugnância sentida na presença do cadáver e a inumanidade da prática anatômica”, assim como “a inutilidade da dissecação”, haja vista que o modelo galênico era dominante e apresentava alternativas para esse tipo de prática, eram os impedimentos principais para a abertura dos cadáveres. Esses autores asseguram que:

A anatomia galênica constitui o auge da produção científica sobre o tema (teoria dos humores) na época e, ao mesmo tempo, a vigência desse modelo parece o motivo principal pelo qual a prática da dissecação humana foi abandonada até o século XIII. Para Galeno (129-200 d.C.), o conhecimento anatômico e a lógica ajudavam a formular o diagnóstico e a terapia adequada às doenças. No entanto, esse saber era clinicamente ineficaz, já que interagia com dificuldade com a patologia dos humores, sendo mais útil na cirurgia e, especialmente, na filosofia. (ORTEGA e ZORZANELLI, 2010, p. 22 - Grifos meus).

Platão (428-7–348-7) influenciou sobremaneira o pensamento sobre a apropriação dos corpos mortos, a dualidade entre corpo e alma que a ele é atribuída possibilitou ver o corpo após a morte como uma matéria a ser estudada. A teoria de Platão apenas influencia esse pensamento, à medida que não se dirige especificamente à prática da medicina, mas sim à compreensão de como o homem conhece. No Fédon, obra que corresponde aos diálogos sobre a morte de Sócrates, corpo e alma são tratados como entidades diferentes: a alma (*psykhé*) como imortal e relacionada ao ser e, o corpo (*soma*) como algo perecível e corruptível que impede o filósofo de chegar ao conhecimento¹⁹. A morte ou o “treino para morrer”, como coroação da separação entre

¹⁹ Há quem apresente objeção a uma interpretação extremista acerca da dualidade entre corpo e alma na teoria platônica. Para Araújo (2009) a percepção-sensível (*aísthesis*) e aquisição do saber (*epistême*) apesar de serem opostas se relacionam para que se obtenha a verdade. “Tanto no plano epistemológico como no ontológico o corpo com seus sentidos são realidades variáveis, passíveis de corrupção e sendo assim, não podem chegar à verdade, pois não ‘são’, como ‘são’ a alma e as Formas, realidades em si. É essa a natureza da dualidade corpo/alma apresentada no Fédon, como também na filosofia platônica: só pela alma se pode chegar ao saber, por ser semelhante às Formas, enquanto que o corpo apenas percebe. Contudo, os dados colhidos pelo corpo através da senso-percepção são necessários para que a dialética,

corpo e alma, seria “o alvo de todo filósofo” (ARAÚJO, 2009, p. 27). De todo modo, isso contribui para uma fixação obstinada pelo corpo no sentido de desvendar os mistérios do seu interior.

Na atualidade, apesar de todos os avanços da medicina, ainda se divide o corpo de acordo com as várias especialidades dentro da própria medicina. O ensino de ciências, também, enfrenta dificuldades para processar uma educação que tome o indivíduo por inteiro, em todas as suas dimensões, possibilidades e limitações. A morte, como veremos em sessões posteriores deste trabalho, é tomada teoricamente como um fenômeno tão natural quanto o nascimento, no entanto, os profissionais da educação, como a maioria das pessoas, mostram-se fragilizados ao lidar com alunos que são filhos de pacientes terminais e que convivem por vários meses ou anos com a iminência da morte de seus genitores.

2.1. A doença e o corpo sob o “olhar médico”

“-Abra a boca senhora Francisca, deixe tocar no seu pescoço, feche a boca... Não é nada, somente uma inflamação... Vou passar alguns remédios e a senhora vai melhorar”. Tudo isso em um atendimento de 5 minutos. Devo dizer que a consulta foi paga. Todas eram pagas... Possível notar a indiferença com o paciente. Um trabalho frio... Foi com o sexto médico que ocorreu a solicitação de um exame para a garganta. Passou dois dias do retorno para que o médico olhasse o exame, a secretária, então, solicitou um outro pagamento, pois o médico não poderia olhar os exames, já estava fora do tempo. Foi paga uma outra consulta, mas o médico nem olhou para a minha mãe. Eu perguntei: O senhor não vai examinar a paciente? Ele disse: não precisa, sua mãe apresenta um câncer na língua e precisa ser operada com urgência. Tanto tempo e o saber médico não foi suficiente... A falta de cuidado, de preparo põem os profissionais da medicina em um campo não confortável... O poder médico ainda pode existir, porém com certa quebra e abalo. Depois desse dia, só sofrimento, só dor, angústia, raiva, desespero... Eu só queria um pouco mais de vida com a presença da minha amada. Acabou! Restam suas lembranças e a sabedoria que ela deixou para mim. Eu aprendi tanto sobre a vida e um pouco sobre a morte. Minha mãe foi uma lutadora, lutou a vida inteira a favor da vida, mesmo quando a morte solicitou a sua amizade e pediu o seu abraço. Pouco os médicos têm a dizer sobre isso. (Relato de Sophia Andréas sobre sua mãe Francisca Andréas).

enquanto método e via para se chegar ao conhecimento, realize o seu dever de chegar ao Bem, que é sabedoria” (ARAÚJO, 2009, p. 89-90).

A modernidade que cria a especificidade para o método científico e suas disciplinarizações, suas especialidades, mostra também todo um tipo de razão instrumental sobre a visibilidade do corpo e da doença, pois como alerta Foucault,

Para nossos olhos já gastos, o corpo humano constitui, por direito de natureza, o espaço de origem e repartição da doença: espaço cujas linhas, volumes, superfícies e caminhos são fixados, segundo uma geografia agora familiar, pelo atlas anatômico. Essa ordem do corpo sólido e visível é, entretanto, apenas uma das maneiras de a medicina especializar a doença. Nem a primeira, sem dúvida, nem a mais fundamental. Houve e haverá outras distribuições do mal. (FOUCAULT, 2011, p. 1).

A partir de Foucault²⁰ entramos em contato com o exercício da experiência da medicina no período de consagração dessa experiência na modernidade. É certo que, para além das rupturas que existem entre a medicina classificatória e o método anatomoclínico – em se tratando, sobretudo, dos procedimentos e da forma de disposição do discurso clínico – vejo, ainda hoje, a marca de uma continuidade entre ambas experiências da medicina. O exercício da medicina – como prática antiga, ou melhor, como prática constituída pela clínica – parece congrega uma série de rituais que nem o tempo pôde transformar radicalmente, não se trata de apresentação do mesmo, mas de metamorfoses e de diferenças que se aplicam por um jogo que se repete, embora seus objetivos e justificativas sejam realmente diferentes.

A medicina classificatória, embora nunca se tenha formulado um sistema de configuração explícito e generalizado, apresenta-se sob a organização das espécies e de uma lógica que – como o conceito já intui – classifica as doenças de acordo com uma linguagem hierarquizante, considerando todas as suas “raízes” ou ordens que contribuam para formar um “quadro nosológico”:

Antes de ser tomada na espessura do corpo, a doença recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies. Aparentemente, trata-se apenas, de um “quadro” que permite tornar sensível, para a aprendizagem e a memória, o domínio abundante das

²⁰ Precisei estabelecer esse diálogo com Michel Foucault (2011) para compreender como a clínica surge entre o final do século XVIII e o início do século XIX. Sua pesquisa me pareceu um ótimo ponto de partida para a compreensão acerca das mudanças que o saber médico apresenta no decorrer da modernidade, embora não seja este o foco principal desta pesquisa. Ocorre que, para compreender como o corpo reage às doenças, intituladas pelos médicos como doenças terminais, tornou-se necessário compreender a instituição dessa terminologia na linguagem que acaba por compor uma maquinaria da verdade que é tão mortal quanto a doença propriamente dita, assume uma sentença de morte que não apenas repercute, mas conforma os corpos doentes que vêm como seu único destino o término da vida orgânica.

doenças... o quadro nosológico implica uma figura das doenças diferente do encadeamento dos efeitos e das causas, da série cronológica dos acontecimentos e de seu trajeto visível no corpo humano. (FOUCAULT, 2011, p. 2-3).

O corpo, sob a medicina classificatória se apresenta ou é visto apenas como o local de inscrição da doença, o espaço onde a doença é assinalada. O corpo não é o ponto de partida, no sentido estrito, para a aprendizagem sobre a doença e para o seu diagnóstico.

A medicina classificatória possui uma organização que “define um sistema fundamental de relações que põe em jogo envolvimentos, subordinações, divisões e semelhanças” (Idem, p. 3). Foucault, para demonstrar como a doença pode ser entendida sob uma forma geográfica, distingue três formas de espacialização da doença – no bojo da medicina classificatória do século XVIII: *espacialização primária; espacialização secundária e espacialização terciária.*

Na espacialização primária há quatro princípios que caracterizam a forma espacial da doença. Em primeiro lugar, há uma valorização da “experiência ‘histórica’, por oposição ao saber ‘filosófico’” (Idem, p. 4). Por saber filosófico, os médicos entendem as especulações pela origem ou pelas causas da doença, certamente não se trata de uma despreocupação pela lógica entre causa e efeito, visto que os médicos da época também investigavam os fenômenos sob tal perspectiva, mas de um ponto de fixação do que é tomado como mais relevante a ser observado para formar o “quadro” da doença. O mais relevante seria, desta feita, identificar os fatores históricos, ou seja, os conhecimentos que se tem acerca das manifestações das doenças no corpo. “O histórico reúne tudo o que, de fato ou de direito, cedo ou tarde, direta ou indiretamente, pode se dar ao olhar” (Idem). Portanto, a competência do médico será atestada, também, por sua sensibilidade na captação dos sintomas e das reações que aparecem no corpo do paciente, a partir de então poderá formar uma descrição mais fidedigna possível do que o paciente apresenta:

A doença é percebida fundamentalmente em um espaço de projeção sem profundidade e de coincidência sem desenvolvimento. Existe apenas um plano e um instante. A forma sob a qual se mostra originalmente a verdade é a superfície em que o relevo, ao mesmo tempo, se manifesta e se anula – o retrato... A estrutura principal que a medicina classificatória se atribui é o espaço plano do perpétuo simultâneo. Tábua e quadro. (FOUCAULT, 2011, p. 4-5).

A experiência histórica se caracteriza tanto por uma preocupação em resgatar conhecimentos prévios sobre as doenças, ou seja, compreender que já existem outras “histórias” sobre as doenças, quanto da imposição da necessidade de continuar compondo e ampliando essa “história” através de novos quadros, de registros, enfim de novas histórias sobre determinadas anomalias.

O segundo princípio da espacialização primária corresponde a “um espaço em que as analogias definem as essências. Os quadros são assemelhados, mas também se assemelham” (FOUCAULT, 2011, p. 5). As diferenças entre as doenças se medem apenas pelo nível de semelhança entre as mesmas, de outro modo: as doenças apresentam um *continuum* e possuem um grande parentesco entre si, “a vizinhança é definida não por distâncias mensuráveis, mas por analogias de formas” (Idem.).

O terceiro princípio da espacialização primária nos diz que “a forma da analogia descobre a ordem racional das doenças” (FOUCAULT, 2011, p. 6). Quando o médico detecta uma semelhança, não está apenas compondo um sistema cômodo para referenciar a doença, mas começa a entender a “ordem geral da natureza”, ou seja, a compreender a ordenação da natureza a partir da doença, assim como se deve compreender o mundo animal e vegetal. Tudo o que existe na natureza possui uma lógica e uma razão de ser, portanto, todos os seres vivos nascem, reproduzem-se e morrem, nesse sentido, a doença faz parte da natureza, assim como a vida, precisando, tão somente, que se desenvolva uma sensibilidade para compreender suas formas intrínsecas de existência.

A ordem da doença é, por outro lado, apenas um decalque do mundo da vida: nos dois casos, reinam as mesmas estruturas, as mesmas formas de repartição, a mesma ordenação. A racionalidade da vida é idêntica à racionalidade daquilo que a ameaça... *Reconhece-se* a vida na doença, visto que é a lei da vida que, além disso, funda o *conhecimento* da doença. (FOUCAULT, 2011, p. 6 - Grifos do autor).

Esse tipo de racionalidade botânica²¹ contribuiu para que os médicos transformassem os princípios de analogias das formas e de semelhanças em leis. Desse

²¹ Foucault chama de “modelo botânico” essa forma de racionalidade porque a medicina leva a efeito a comparação entre as doenças no corpo humano com os processos de nascimento, desenvolvimento e mortalidade das espécies de outros seres vivos como os vegetais e os animais. A esse propósito, e citando Sydenham, nos diz que: “Quem observar atentamente a ordem, o tempo, a hora em que começa o acesso de febre quartã, os fenômenos de calafrio, de calor, em uma palavra, todos os sintomas que lhe são próprios, terá tantas razões para crer que essa doença é uma espécie quantas tem para crer que uma planta

modo, unem-se nesse modelo tanto as leis, obtidas pelo sistema hierárquico e semelhante das formas, quanto a obtenção de sua homogeneidade ontológica a partir do reconhecimento dos princípios que regem a ordem natural da doença.

O quarto princípio da espacialização primária revela que as doenças são, “ao mesmo tempo, de espécies naturais e ideais” (Idem, p. 6). Tal princípio sintetiza os anteriores, demonstrando que na árvore genealógica das doenças há sempre que se reconhecer a ordenação da natureza e, acrescenta que, sob a lógica da medicina classificatória, as doenças “nunca se dão, na experiência, sem alteração ou distúrbio” (Idem, p. 7). As doenças não podem se manifestar em sua plena essência, porque são alteradas pelo doente e pelo médico. O doente apresenta uma série de implicações - modo de vida, perturbações, idade - que repercutem tanto na doença quanto em seu diagnóstico pelo médico. O médico, por sua vez, interfere e, pode interferir de forma desastrosa, se não tiver conhecimento profundo sobre a ordem, a classe, o gênero e a espécie das doenças e, se não tiver o cuidado de esperar que a doença se manifeste até o ponto de ser diagnosticada. Por isso, deve tanto manter uma certa distância quanto à linguagem do paciente e seus queixumes, quanto não administrar de imediato a medicação, pois, desta feita, poderia invadir e impedir a cura. O médico poderia apenas diminuir ou amenizar as dores e outros sintomas que causassem degradação ampliada ao paciente, mas esperar a doença se mostrar de forma mais contundente para evitar erros em seu diagnóstico. Destarte, médicos e pacientes

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 imóvel, simultâneo, sem espessura nem segredo, em que o reconhecimento se abre por si mesmo à ordem das essências. (FOUCAULT, 2011, p. 8).

Realmente paradoxal essa forma de pensar a doença. O pensamento classificatório parece viver entre vários dilemas: precisa conhecer a doença a partir do conhecimento prévio acerca de sua origem, classe e natureza, mas, para tanto, precisa manter um certo afastamento desse conhecimento; precisa levar em consideração o doente – uma vez que seu corpo é o local de manifestação da doença – e, ao mesmo

constitui uma espécie porque cresce, floresce e perece sempre do mesmo modo”. (FOUCAULT, 2011, p. 6).

tempo, distanciar-se, sobretudo de suas verbalizações; precisa curar e, ao mesmo tempo, saber esperar que a doença continue se manifestando no corpo do doente para, só posteriormente, diagnosticar e intervir na doença. É todo um trabalho metódico que é exigido na grande tentativa de mapear a doença e a cura. Porém, mesmo com toda a técnica médica e o aprendizado especializado com o corpo doente a segurança vagueia, pois o corpo doente pode trair por seus movimentos, por suas dobras. Da doença e da cura perpassam uma incerteza, uma imagem, um campo escuro em que aquilo que poderia ser medido, ou que se pensava que poderia ser mensurado, vai deslizando. O campo classificatório não toma completude no corpo.

É uma relação imbricada médico-doença-paciente. O médico quer o conhecimento/controlar da doença para curar. A doença tem que se manifestar por inteiro no corpo do paciente; o corpo, já afetado, também pode sair do controle e, inclusive, não suportar o processo de cura – pois sabemos que há doenças que, inicialmente, são quase sempre indolores, porém, seus respectivos processos terapêuticos exercem uma verdadeira devastação do corpo, o câncer é um dos exemplos principais. Enfim, trata-se de um jogo entre o médico, o paciente e a doença no qual é a vida que fica secundarizada no último fio de observação, pois, é de fato a doença que se torna a protagonista com seus desenvolvimentos e deslocamentos, sem ela a própria medicina iria à ruína. O médico controla o corpo e a doença e, o paciente, por sua vez, parece tão somente, um hospedeiro.

É por tudo isso que Foucault diz que o olhar médico apresenta uma “estranha” característica: apresentar-se em uma “espiral indefinida”:

dirige-se ao que há de visível na doença, mas a partir do doente, que oculta este visível, mostrando-o; conseqüentemente, para conhecer, ele deve reconhecer. E esse olhar, progredindo, recua, visto que só atinge a verdade da doença, deixando-a vencê-lo, esquivando-se e permitindo ao próprio mal realizar, em seus fenômenos, sua natureza. (FOUCAULT, 2011, p. 8-9).

O jogo que envolve o espaço da doença, nesse primeiro nível – a espacialização primária – se distribui entre a proeminência da experiência histórica, em detrimento do saber filosófico; espaço em que as essências são descobertas a partir das analogias; local em que a caracterização das doenças só é possível a partir do reconhecimento da ordem natural e da identidade que permeia a doença e a vida, ou seja, ambas são da mesma

natureza e são reguladas pelas mesmas leis que regem todos os seres vivos; o espaço da doença comporta tanto as espécies naturais quanto as ideais, à medida que, ao mesmo tempo que são regidas pelas leis da natureza – portanto naturais – há um esforço para capturar a doença em seu sentido ideal – como essência – apresentando, portanto, muita dificuldade para o médico, uma vez que as doenças sempre são camufladas por uma série de fenômenos e de acontecimentos que circunscrevem tanto a figura do doente quanto a do médico. Então, a medicina que procura por todos os lados uma regularidade, trabalha com o corpo que é completamente desregular e que não cessa de desregular a doença que se manifesta. Não há uma essência para a doença quando tal manifestação ocorre no corpo humano, um corpo que sofre deslocamentos por inferências não só médicas, farmacêuticas, mas também psicológicas, culturais, dentre outros. Se a medicina classificatória não levou em conta tais questões, hoje é possível um olhar atento do médico para um poder que escorre por suas mãos.

Ao que me parece, também o ensino de ciências mantém uma certa tradição em estudar o corpo através de suas regularidades e classificações. Os livros didáticos de Ciências, sobretudo os de biologia, apresentam os seres vivos de forma orgânica, ou seja, separados por cada uma de suas partes, aparelhos, órgãos, funções, dentre outros, inclusive, ou sobretudo, o corpo humano. Tais livros não apresentam sequer um conceito de corpo humano. A título de exemplo, posso citar o livro de biologia do 3º ano do Ensino Médio, de Amabis e Martho (2010. p. 03) que, em suas quatrocentas e noventa e seis páginas também não apresenta um conceito para esse corpo, mas que em sua apresentação demonstra essa visão orgânica e organizada da vida, assim eles se manifestam: “Além de se sentir seguro e preparado para provas e exames, você passará a ter uma visão mais ampla da natureza. Os conhecimentos que você irá adquirir o ajudarão a ver relações entre fatos aparentemente desconexos, e você sentirá o prazer de **ser parte integrante desse enorme organismo** que é o planeta terra” (Grifos meus).

Voltando à contribuição de Foucault, esse jogo que envolve a espacialização primária se complexifica com a inserção da espacialização secundária. Com efeito, esta se refere ao fato de que, para o pensamento classificatório, o patológico não possui uma localização específica, ou melhor, a doença não se classifica de acordo com o órgão que é atingido. A doença pode se deslocar por vários órgãos e partes do corpo sem perder sua essência ou natureza; pode se manifestar em lugares diferenciados em se tratando de

vários pacientes e pode, de modo análogo, se apresentar em partes diferenciadas do corpo do mesmo paciente no decorrer do tempo²².

A medicina experimenta certa confusão: ao mesmo tempo em que busca o controle ou a substancialidade da doença, perde seu território no espaço do corpo. O médico não tem o controle total da doença e do corpo do paciente, conforma-se apenas com o gerenciamento do organismo/corpo, desmobilizando, portanto, a própria função daquele que trabalha com a doença e o doente. A medicina não trata especificamente do que se convencionou chamar de *vida saudável* ou da saúde, trata ou pretende tratar da doença e providenciar o afastamento ou retardamento da morte, mesmo atuando sempre no seu limiar.

Apesar disso, o tempo não constitui fator prioritário ou agente de constituição da doença. Assim como os órgãos compõem apenas um conjunto de transmissão dos sintomas, ou seja, eles não são *a priori* o que caracteriza ou o que fundamenta a classificação das doenças, o tempo contribui para uma sucessão e mistura de doenças diferentes pelo corpo. “Daí a ideia de uma causalidade que se manifesta em um ligeiro deslocamento temporal” (Idem, p. 11). Para compreender melhor essa ideia a citação abaixo é elucidativa:

Admite-se que uma doença possa durar e que no seu desenvolvimento possam aparecer, de cada vez, episódios... Mas, essa duração, numericamente fixada, faz parte da estrutura essencial da doença, do mesmo modo que é próprio ao catarro crônico tornar-se, depois de algum tempo, febre tísica. Não há um processo de evolução em que a duração traria, por si própria e apenas por sua insistência, novos acontecimentos; o tempo é integrado como constante nosológica e não como variável orgânica. O tempo do corpo não modifica, e muito menos determina, o tempo da doença. (FOUCAULT, 2011, p. 11-12).

Por isso é que a medicina das espécies ou medicina classificatória cria como caráter fundamental a *qualidade* para identificar ou se apropriar da comunicação entre o construto essencial da doença e o corpo do paciente. Seria inadequado chegar à identificação da doença por meio do uso restrito da matemática, ou seja, não há uma medida ou cálculo que possa mensurar ou identificar uma patologia. Todo investimento

²² Talvez essa característica da medicina classificatória tenha contribuído para o processo de fragmentação do campo da medicina como a conhecemos hoje, através das várias especializações médicas que perdem sua centralidade nos órgãos e sistemas e focam nas doenças, por exemplo, a oncologia e a infectologia, mesmo sabendo que se preservam subdivisões nessas áreas que, novamente, voltam-se para os órgãos e partes do corpo.

matemático se dá somente se contribui para captar a intensidade de determinado sintoma ou a intensidade da qualidade patológica.

O médico precisa, então, fazer uma espécie de leitura das especificidades apresentadas pelo paciente, de modo a interpretar todos os sinais para compor um retrato. Não se trata, neste momento da medicina, da descrição de um “caso”, mas, de retrato no sentido de que se pressupõe uma identidade entre o doente e a doença. Desta forma, o médico deverá descrever a doença, todavia, considerando os matizes, espessuras, sinais, gestos, comparações e qualquer aspecto diferente apresentado pelo doente. Com a acuidade da descrição do médico uma hermenêutica do retrato seria possível por outros médicos, ou seja, a interpretação do “retrato”, leia-se, identidade entre a doença e o paciente.

O patológico sofre as variações qualitativas dos temperamentos, do peso, dos volumes, dos detalhes que se apresentam nos corpos dos doentes. Sob tais constatações não há como negar a importância que se deve dar aos temperamentos particulares. Todavia, a atenção que se dá aos aspectos particulares contribui apenas para constituir uma grande massa, ou seja, para ajudar a compor o quadro de uma doença. Compreendendo de modo inverso: os efeitos de multiplicação que são provocados pelas variações das qualidades das doenças que, ao mesmo tempo, contribuem para identificar as características essenciais da doença são oriundos das chamadas “histórias particulares”. Em outras palavras, as “histórias particulares” sob a medicina classificatória somente têm importância para a identificação das características essenciais da doença e não por uma suposta importância das diferenças orgânicas dos doentes e a possível repercussão dessas diferenças na metamorfose e no diagnóstico da patologia.

Médico e paciente assumem assim - na espacialização secundária - uma relação cada vez mais próxima, uma vez que é nessa relação que o médico está sempre à espreita e, o paciente – em sua condição de paciente – não pode ser tratado de modo tão distante, pois apresenta os contornos singulares que delineiam a doença. Em síntese e nas palavras do próprio Foucault:

Pelo jogo da espacialização primária, a medicina das espécies situava a doença em uma região de homologias em que o indivíduo não podia receber estatuto positivo; na espacialização secundária, ela exige, em

contrapartida, uma aguda percepção do singular, liberada das estruturas médicas coletivas, livre de qualquer olhar de grupo e da própria experiência hospitalar... (2011, p. 15).

Tratarei agora da espacialização terciária para finalizar esta discussão sumária acerca da medicina classificatória. Tão importante quanto as duas anteriores, a espacialização terciária se refere às formas como as sociedades lidam com as doenças não apenas na área médica, mas também em termos geográficos, melhor dizendo, trata-se das questões que se referem à complexidade que envolvem a doença e o doente e, o espaço institucional - de origem e de tratamento – de e para ambos.

Ela [a espacialização terciária] implica um sistema de opções que diz respeito à maneira como um grupo, para se manter e se proteger, pratica exclusões, estabelece as formas de assistência, reage ao medo da morte, recalca ou alivia a miséria, intervém nas doenças ou as abandona a seu curso natural. (Idem, p. 16 - Grifo meu).

Para a medicina classificatória há formas e espaços naturais para o nascimento da doença. Os aspectos referentes à origem da doença são mais naturais se se encontram afastados das sociedades. “Quanto mais complexo se torna o espaço social em que está situada, mais ela se desnaturaliza” (FOUCAULT, 2011, p. 15). A intervenção da população, de substâncias e dos médicos pode tornar a doença cada vez mais complexa e menos curável. De acordo com esse raciocínio, o ideal seria que a doença fosse deixada em seu habitat natural que, seguindo o próprio curso da natureza, extinguir-se-ia – caso tivesse cura – ou, em caso contrário, evoluiria ao óbito.

Ainda de acordo com esse raciocínio, o hospital não seria o local ideal para o tratamento das doenças, haja vista que nesse espaço as doenças se afastam de seu estado original e entram em contato com outras, causando sua hibridização e dificultando o diagnóstico dos médicos.

A lógica dos médicos classificatórios sobre a doença permanecer no lugar de seu aparecimento, sem a intervenção do ambiente hospitalar, coincidia com o posicionamento político dos economistas do século XVIII acerca da rejeição ou relutância em fazer com que o Estado arcasse com os custos hospitalares. Para os médicos, o tratamento dos doentes nos hospitais poderia comprometer o estado natural da doença e dificultar o diagnóstico, por isso, “o lugar natural da doença é o lugar natural da vida – a família” (Idem, p. 18). No lar o doente recebe todos os cuidados e

atenção da família e o médico – que atenderia em domicílio – poderia conhecer a doença em sua origem pura. Para os economistas, o tratamento dos pacientes em domicílio diminuiria o custo para o Estado, uma vez que o indivíduo atendido no hospital duplicava esse custo: primeiro porque receberia a assistência que beneficiaria somente a ele e, segundo, porque em estado doente não poderia trabalhar e prover a subsistência da família.

Coincidências à parte, a individualização dos cuidados médicos, o cuidado médico correspondendo apenas a círculos familiares, os cuidados oferecidos por uma *medicina privada* a pacientes também privados (FOUCAULT, 2011, p. 20), termina por exigir uma observância ou vigilância do próprio Estado, tanto sobre o número de doentes e as diferentes patologias quanto sobre a formação e competência dos médicos.

Seria preciso conceber uma medicina suficientemente ligada ao Estado para que, de comum acordo com ele, fosse capaz de praticar uma política constante, geral, mas diferenciada de assistência: a medicina torna-se tarefa nacional... Seria, por isso mesmo, necessário exercer um controle sobre esses médicos: impedir os abusos, proscriver os charlatães, pela organização de uma medicina sã e racional... (FOUCAULT, 2011, p. 21).

Desta feita, a doença recebe a sua especialização terciária, ou seja, passa a pertencer a um local específico, qual seja, o hospital e, a partir de então, a medicina das espécies ou medicina classificatória começa a sua extinção²³.

Foucault demonstra que a medicina pertencia, muito antes do século XVIII, a uma relação de compartilhamento de experiências que se estendia entre as várias gerações, experiências essas que eram obtidas através do acompanhamento e cuidado às pessoas enfermas. A própria medicina tem a tendência de narrar sua história dando ênfase à relação que se estabelece entre o médico e o paciente e não aos compêndios sobre as descrições das doenças. “Antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da humanidade consigo mesma: idade de felicidade absoluta para a medicina” (FOUCAULT, 2011, p. 58).

²³ Sobre a trajetória da medicina, sobretudo na França, Foucault expõe várias relações e aspectos que, por não estarem intimamente ligados aos objetivos desta pesquisa, não serão discutidos de forma pormenorizada, refiro-me: a) à história da formação e às distinções entre médicos e cirurgiões e; b) ao jogo entre o Estado e as pequenas coletividades sobre a responsabilidade de criação e manutenção dos hospitais e assistência aos doentes.

A codificação do conteúdo oriundo da relação entre médico e paciente, isto é, as teorias, foram alvo de profundas transformações ao longo da história, não apenas em se tratando dos avanços acerca dos modos como ver a doença e o paciente e como tratá-los, mas, também, ao que diz respeito à sistematização desses saberes que passam a pertencer não mais aos homens comuns que os repassavam de pai para filhos, mas a um grupo de pessoas especializadas e autorizadas pelo Estado – os médicos. Todavia, segundo Foucault, a medicina sempre narrou seu ofício sob a áurea da mística relação que se dava ao pé do leito do paciente.

Essa é a relação que fundou a própria medicina – a *clínica*. De forma genial, Foucault nos embrenha nessa história em que o relacionamento entre médico e paciente constituía o cerne sobre o qual se ergueria toda uma área extraordinária de saber e poder, assim como a institucionalização de seu edifício de especializações com suas respectivas verdades.

Imóvel, mas sempre próxima das coisas, a clínica dá à medicina seu verdadeiro movimento histórico; ela apaga os sistemas, enquanto a experiência que os desmente acumula sua verdade. Assim, trama-se uma continuidade fecunda que assegura à patologia “a uniformidade ininterrupta dessa ciência nos diferentes séculos”. Contra os sistemas, que pertenciam ao tempo negativo, a clínica é o tempo positivo do saber. Não se deve, portanto, inventá-la, mas redescobri-la: já estava presente nas primeiras formas da medicina, constituindo toda a sua plenitude. (FOUCAULT, 2011, p. 60).

É possível que com o passar do tempo a clínica tenha se resumido a um “exame do indivíduo”, segundo o próprio Foucault, trata-se mesmo de uma redução e banalização da clínica que, em seus primórdios, enquanto experiência de saber e de relação de sensibilidade entre médico e paciente, contribuiu não apenas para alimentar a sistematização do saber médico, mas para transformá-lo, atualizá-lo e perpetuá-lo na história da humanidade.

Em se tratando de países desenvolvidos é compreensível que Foucault tenha pensado na banalização da clínica em termos de redução do relacionamento complexo entre médico e paciente em forma de exame do indivíduo, no entanto, em países como o Brasil, cujo sistema de saúde se encontra em colapso, a clínica sofre um outro processo de banalização no sentido *stricto* da palavra, torna-se uma mera formalidade, um arremedo de ritual que, na maioria dos casos, não contribui muito para a medicina e tão

pouco para a cura do paciente. O relato de Sophia Andréas sobre sua mãe Francisca Andréas, que abre esta sessão, é um exemplo dessa banalização e dessa frieza com que a clínica tem configurado, com frequência, as relações atuais entre médico e paciente, sobretudo no serviço público de saúde do Brasil.

Entrarei, a essa altura do texto, em um desvio analítico que precede a introdução da discussão acerca da anatomopatologia. Embora quisesse fugir deliberadamente de qualquer discussão que fosse delineada pela estrutura e relação entre o significante e o significado, vejo que introduzir-me nela seja inevitável, uma vez que para chegar à anatomia patológica, Foucault desenvolve tal discussão para demonstrar as metamorfoses da clínica ao processar o “golpe de vista do médico”.

Não apenas a medicina, mas também outras ciências como a história natural, procuraram estabelecer sua potência e credibilidade no olhar. A visão tornou-se, assim, o sentido supremo para a edificação de conhecimentos científicos.

A clínica pede ao olhar tanto quanto a história natural. Tanto e até certo ponto a mesma coisa: ver, isolar traços, reconhecer os que são idênticos e os que são diferentes, reagrupá-los, classificá-los por espécies ou famílias. O modelo naturalista, a que a medicina em parte se submeteu no século XVIII, continua ativo. (FOUCAULT, 2011, p. 96-97).

O olhar do médico, agora especializado, possui uma série de especificidades e contingências. Não se trata mais de fazer distinções entre a teoria (alimentada pelas descrições minuciosas dos médicos acerca dos diversos “comportamentos”) e a experiência (deflagrada na própria clínica), mas de compreender os “códigos de saber” que compõem a relação e ligam de forma inextricável o campo e o olhar. As duas formas principais para compreender a visibilidade dessa relação são: “a estrutura linguística do signo e a aleatória do caso” (FOUCAULT, 2011, p. 97).

Sobre a estrutura linguística do signo, Foucault nos fala de dois sistemas: 1. *O sistema Natureza-Doença*, “com as formas visíveis enraizando-se no invisível” (2011, p. 98), trata-se dos sintomas que, embora não constituam propriamente a essência da doença, a mesma não poderia existir ou se manifestar sem eles. Nesse sentido, “os sintomas deixam transparecer a figura invariável, um pouco em recato, visível e invisível, da doença” (Idem, p. 98). E, 2. *O sistema Tempo-Resultado*, “que antecipa o invisível graças a uma demarcação visível” (Idem, Ibidem). Aqui se trata propriamente

do signo que anuncia ou que se pode esboçar, a partir dele, um reconhecimento referente ao tempo, ou melhor, ao término do tempo da vida ou da proximidade da morte. “Por meio do invisível, o signo indica o mais longínquo, o que está por baixo, o mais tardio, [dois exemplos de signos:] o pulso trai a força invisível e o ritmo da circulação; ou, ainda, o signo desvela o tempo como o azulado das unhas que anuncia infalivelmente a morte”. (FOUCAULT, 2011, p. 98).

Apesar dessas distinções, o método clínico termina por processar uma espécie de junção entre o signo e o sintoma. Sob a estrutura linguística do signo - como um dos principais “códigos de saber” entre o campo e olhar - signo e sintoma passam a ser tomados como *significante* e a doença como *significado*. Todas as operações regidas pelo conhecimento clínico do médico lançadas ou orquestradas a partir do olhar médico, dentre tais operações, posso citar: identificar funcionamentos orgânicos normais; comparar funcionamentos normais aos anormais; registrar as frequências da simultaneidade ou da sucessão para identificar os futuros signos e conhecimentos precisos sobre o corpo antes e depois da autópsia. Todo o conhecimento e vivência do médico passam por uma espécie de compactação de dados que são operacionalizados por meio do “golpe do olhar médico” e, dessa forma, ocorre a junção entre signo e sintoma.

O sintoma se torna, portanto, signo sob um olhar sensível à diferença, à simultaneidade ou à sucessão, e à frequência. Operação espontaneamente diferencial, votada (sic) à totalidade e à memória, como também calculadora; ato que, conseqüentemente, reúne, em um só movimento, o elemento e a ligação dos elementos entre si. O que significa que, no fundo, ele não é mais do que a Análise de Condillac posta em prática na percepção médica... A Análise e o olhar clínico têm também o traço comum de compor e decompor apenas para revelar uma ordenação que é a própria ordem natural; seu artifício é de só operar no ato de restituição do originário... Para a clínica, essa origem é a ordem natural dos sintomas, a forma de sua sucessão ou de sua determinação recíproca (FOUCAULT, 2011, p. 102-3).

Na clínica o ato perceptivo se relaciona com a linguagem. Não se poderia chegar à origem, ou seja, à doença, caso a mesma não fosse enunciável. De outro modo, é por meio da linguagem que se faz a descrição dos sintomas (significante) que levará o médico à obtenção da doença (significado).

Mas, é preciso entender que, na medicina classificatória, o médico não adentrava de imediato o universo da doença, pois o corpo era apenas um espaço de leitura para

que o médico estabelecesse uma espécie de parâmetro com o “quadro nosológico”, ou seja, a descrição da doença servia como intermediária para chegar à natureza da doença. “Na clínica, *ser visto* e *ser falado* se comunicam de imediato na verdade manifesta da doença, de que é precisamente todo o ser. Só existe doença no elemento visível e, conseqüentemente, enunciável” (Idem, p. 104 - Grifos do autor).

Há outro aspecto que se faz necessário compreender: na medicina classificatória a ênfase se dava sobre o espaço do quadro, ou seja, sobre uma composição *à priori* que apresentava uma linguagem hierarquizante sobre a ordem e a origem das doenças, todavia, na clínica, a preocupação recaí sobre o tempo, sobre a cronologia dos acontecimentos.

Esse aspecto é muito importante porque, na passagem do século XVIII para o XIX, a medicina buscava alguns pilares de sustentação científica. Desta feita, achou o primeiro na linguagem equiparando-se à Análise e, o segundo, na probabilidade. “A medicina descobre que a incerteza pode ser tratada analiticamente como a soma de graus de certezas isoláveis e suscetíveis de um cálculo rigoroso” (FOUCAULT, 2011, p. 106). Em busca desse *status* de cientificidade os procedimentos e raciocínios médicos foram todos redirecionados para o registro e a mensuração de seus fenômenos. O doente não era mais apenas um paciente, mas a prova de um fato patológico. O fato patológico, por sua vez, poderia ser replicado (outros pacientes com a mesma doença) e estudado. O tempo deveria ser integrado como fator imprescindível para a previsão de resultados. Enfim, a justificação e explicação dos fenômenos eram amparadas na probabilidade.

Apesar desse empenho inicial, o uso da probabilidade ainda não poderia se efetivar uma vez que, para tanto, seria necessário que os hospitais também estivessem equipados e atualizados de acordo com uma tecnologia e um pensamento que fossem estruturados pelo conhecimento matemático, o que, no entanto, não ocorria.

De todo modo, o hospital finalmente é aceito como o lugar apropriado para cuidar dos doentes. A partir dessa construção ou aceitação ocorre uma outra configuração: o hospital passa a ser, também, o lugar privilegiado para a formação do médico, uma vez que ele se torna o espaço do saber médico, ou seja, o ambiente pedagógico. Desta feita, não há “diferença de natureza entre a clínica como ciência e a clínica como pedagogia”. (FOUCAULT, 2011, p. 121).

Em todos os esforços da medicina para erguer seus métodos e suas regras científicas – da linguagem, da aritmética, dos quadros nosológicos – permanece o que Foucault chama de “o grande mito de um puro Olhar, que seria pura Linguagem: olho que falaria” (2011, p. 126). Mais do que uma arte, a descrição revela o conhecimento aplicado da linguagem que, aliada a um olhar acurado, seria a característica principal ou o saber-fazer que distinguiria o médico de outros profissionais. Além disso, esse olhar e o uso correto da linguagem na descrição demonstram que a medicina a partir desse estágio, detém-se ao que é visível. O visível dá-se a conhecer e o Olhar médico – especializado, acurado, treinado e, em sua junção com a linguagem – é o único capaz de conhecer, justamente, porque teria penetrado o reino da gramática da doença.

Mas esse olhar, embora seja o olhar de um especialista, não se refere apenas às competências intelectuais e eruditas do médico, mas de um olhar de conjunto que reúne simultaneamente os fatores ligados à experiência e à sensibilidade. O olhar médico é como o tato. O médico inspeciona, corpo por corpo, e não em busca de uma suposta essência da doença, mas dela própria através dos sintomas. O olhar é dilatado pelo uso dos outros sentidos e pela sensibilidade do médico, daí o uso da expressão “golpe de vista do médico”. Em síntese e nas palavras do próprio Foucault: “essa sensorialidade do saber, que implica, no entanto, a conjunção de um domínio hospitalar e um domínio pedagógico, a definição de um campo de probabilidade e de uma estrutura linguística do real, se restringe a um elogio da imediata sensibilidade”. (2011, p. 133).

Toda a análise se comprimia no golpe de vista do médico compondo uma estética que, num primeiro nível constituía a origem da verdade e, num segundo, as regras e as normas de uma arte. “A *verdade* sensível está agora aberta, mais do que aos sentidos, a uma *bela sensibilidade*” (Idem, p. 134). É justamente esse olhar tão especial que marcou o nascimento da clínica, que anunciará, ao meu ver, a dessensibilização da medicina em mais uma de suas metamorfoses. Qual nome poderia ser dado a esse olhar médico na contemporaneidade? Certamente não poderia mais ser chamado de “bela sensibilidade”, pois, na atualidade, o que vivenciamos é um endurecimento desse olhar. Talvez os médicos, na sua condição de humanos, precisaram criar uma outra estética, uma outra forma de conviver com indivíduos sempre adoentados de modo a manter a sua própria sanidade e qualidade de vida. Também por conta da média de tempo para a consulta destinada a cada paciente, assim como o número reduzido de médicos para o

atendimento de toda uma população²⁴, podem ter contribuído para que o golpe de vista do médico tenha se tornado apenas um escrutínio quase automático aos exames e às fichas do paciente sem a necessidade de ao menos lhe dirigir o olhar de forma mais detida.

Em minhas andanças aos hospitais e aos consultórios com os pacientes que fazem parte desta pesquisa e, a partir de minhas próprias experiências como paciente e cidadã usuária do Sistema Único de Saúde – SUS, tenho esse olhar médico em mente como uma espécie de autômato através de procedimentos quase instantâneos. Até os exames realizados pelo próprio médico por meio da inspeção auditiva e tátil ao corpo do paciente foram reduzidos. Pela audição rápida aos sintomas enunciados pelos pacientes geralmente o médico identifica a doença e prescreve a medicação ou, em caso de dúvida, pede uma série de exames e, quando estes são levados ao médico, novamente o procedimento é muito rápido, do outro lado da relação entre o médico e o paciente, vem um papel com a lista de remédios e umas breves palavras em forma de sentença sobre o que o paciente “deve” ou não fazer para se restabelecer.

A necessidade de um olhar mais detido sobre o corpo do paciente não se dá apenas por uma questão de humanidade ou de respeito – não que isso seja sinônimo de diminuição de sua importância, pois só isso já demonstraria a distinção da medicina em relação às outras profissões, mas também porque é a clínica que está – depois do próprio corpo doente – no início do caminho da investigação em medicina. Mais adiante, tanto a partir da teoria de Canguilhem (2012) quanto nas sessões que tratam mais especificamente sobre o desconhecimento do corpo em toda a sua potencialidade e velocidades, veremos esse papel fundamental da clínica.

Continuando as discussões sobre a clínica e a medicina, passo a tratar de um outro momento de sua história, segundo a teoria de Michel Foucault, o aparecimento da anatomia patológica.

²⁴ O número de médicos por habitantes no Brasil ainda não proporciona uma condição estável e tranquila para as condições de trabalho dos médicos em nosso País. A partir de dados de 2003 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, a Revista Exame.com, diz que “a relação médicos/habitantes no País está aquém do recomendado pelo Ministério da Saúde. Em 2011, havia 1,95 médico para cada mil habitantes, quando o recomendado pelo ministério é de 2,5. Somente no Sudeste essa meta é atingida, com 2,61 médicos por mil habitantes. A região Norte tem a pior relação médico/habitante, com apenas 0,98”. (Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/ibge-relacao-medico-habitante-esta-abaixo-do-indicado>> Acesso em: 28/10/2015).

O surgimento da anatomia patológica é descrito como uma prática que se realizava de forma camuflada ou às escondidas por pessoas que se arriscavam às maldições, ao invadir os cemitérios para roubar os corpos e/ou profanar os cadáveres. Foucault demonstra a falsidade dessa descrição histórica, informando, dentre outras coisas, que desde 1754 havia uma sala para dissecação na clínica de Viena (FOUCAULT, 2011, p. 138). Na verdade, a anatomia patológica foi impedida de se desenvolver em sua plenitude, durante 40 anos, pois recebeu o mesmo raciocínio do método clínico, no entanto, a clínica e a anatomia exigem tratamentos e modos de pensar diferenciados. A maior contenda se dá entre o pensamento de Morgagni (com sua obra *De sedibus* publicada em 1760) e Bichat com seus contemporâneos (40 anos depois).

Duas percepções estruturalmente diferentes: Morgagni deseja perceber, sob a superfície corporal, as espessuras dos órgãos cujas figuras variadas especificam a doença... Bichat impõe, no *Traité des membranes*, uma leitura diagonal do corpo, que se faz segundo camadas de semelhanças anatômicas que atravessam os órgãos, os envolvem, dividem, compõem e decompõem, analisam e, ao mesmo tempo, ligam. Trata-se de um modo de percepção idêntico ao que a clínica foi buscar na filosofia de Condillac: a descoberta de um elementar que é, ao mesmo tempo, um universal, e uma leitura metódica que, percorrendo as formas da decomposição, descreve as leis da composição... (FOUCAULT, 2011, p. 141 - Grifo do autor).

A preocupação de Morgagni era com os órgãos, pensava que ao enfatizar ou concentrar a atenção sobre o órgão poder-se-ia identificar as características (ou as diferenças/mudanças) que apontariam a doença que o afetou e ocasionou o falecimento do corpo. Bichat, ao contrário, busca na anatomia patológica a mesma estrutura lógica do pensamento nosológico, ou seja, usa o arquétipo de raciocínio da medicina classificatória e da clínica. Não enfatiza o local, mas as membranas e as conexões que ligam os órgãos – com o intuito de encontrar as semelhanças entre as doenças -, desta feita, a análise é realizada em nível de sistema à medida que a doença pode acometer qualquer parte do corpo. O mais importante seria aproveitar a dissecação para realizar a análise da doença a partir da ordem das classificações. O raciocínio continua o mesmo da clínica e da medicina classificatória, ou seja, a análise a partir da decomposição/composição dos elementos, todavia, com o reforço e endosso de uma análise que passa a se basear em estruturas reais e não apenas em enunciados, ou seja, não se ampara apenas nas estruturas linguísticas.

Essa forma de conceber a anatomia patológica contribuiu, no início do século XIX, para uma espécie de revitalização do pensamento classificatório. Bichat e seus seguidores “desvelavam na profundidade das coisas a ordem das superfícies; definiam para as doenças um sistema de classes analíticas em que o elemento da decomposição patológica era o princípio de generalização das espécies mórbidas” (Idem, p. 144).

Os médicos da época lidavam com as incompatibilidades teóricas ou de pontos de vista de duas áreas diferentes: a clínica, que já tinha seu *status* amparado numa certa tradição, principalmente movida pelo “golpe do olhar” que compunha o que-fazer do médico e, a anatomia, que se apresentava como uma área relativamente nova ao se amparar na dissecação dos cadáveres. Os questionamentos giravam em torno de como seria possível investigar as doenças a partir dos sintomas se os corpos já estavam mortos e, portanto, não haveria muitos rastros deles. Outra preocupação: como definir, identificar ou distinguir o que era rastro do sintoma, ou seja, a prova de que determinado rastro ou mudança no tecido ou no órgão era consequência da doença que culminou com a morte do paciente ou, se se tratava de outro fenômeno ocasionado pela própria falência dos órgãos. Ou seja, o corpo muda depois da morte e o tempo após o óbito também influencia no trabalho do médico. O processo e o resultado da decomposição do corpo se misturam aos aspectos e sintomas que compunham o quadro clínico.

Embora, no início, os médicos não acreditassem que seria possível chegar à essência da doença – que era invisível – através das lesões visíveis dos cadáveres, com o tempo, foram percebendo que a nova área do conhecimento – a anatomia patológica – requereria um outro olhar. Se anteriormente – na medicina classificatória e, sobretudo na clínica – o olhar médico “atingia regiões de duas dimensões dos tecidos e dos sintomas deverá, para ajustá-los, se deslocar ao longo de uma terceira dimensão. Assim será definido o volume anatomoclínico” (FOUCAULT, 2011, p. 150). Não é mais a partir da observação e da audição à linguagem de um ser vivo – o doente – que o médico chegará à doença, mas, a partir da instalação geográfica no próprio território da doença - no corpo morto - que o médico a encontrará.

A doença não é mais um feixe de características disseminadas pela superfície do corpo e ligadas entre si por concomitâncias e sucessões estatísticas observáveis; é um conjunto de formas e deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados

que se encadeiam uns com os outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo. Não é mais uma espécie patológica inserindo-se no corpo, onde é possível; é o próprio corpo tornando-se doente. (FOUCAULT, 2011, p. 150).

Nas palavras supracitadas já é possível perceber a tese de Foucault sobre a mudança no regime de saber da medicina, ou seja, de que não se trata de uma continuidade entre a clínica e a anatomia patológica. Não é porque o olhar médico se desloca da superfície do corpo e atinge verticalmente sua profundidade a partir da autópsia que se alteraria o saber médico. “O que se modifica, fazendo surgir a medicina anatomoclínica... é a disposição mais geral que determina as posições recíprocas e o jogo mútuo daquele que deve conhecer e daquilo que é cognoscível” (Idem, p. 151).

Trata-se, como o diz literalmente Foucault, de um *acontecimento*. Um novo jogo com suas próprias regras. Dentre elas, cito: a) há uma mudança, ou melhor, uma substituição do *registro das frequências pela demarcação do fixo*; b) há “uma ramificação espácio-temporal a partir de um ataque primitivo e por toda a vida orgânica” (FOUCAULT, 2011, p. 154); e, c) a anatomoclínica substitui a análise da clínica que era essencialmente temporal através de “três referências – localização, foco e primitividade” (Idem, p. 154).

Desta feita, a anatomoclínica adentra o universo do corpo morto conhecendo, portanto, todas as minúcias e as localizações específicas de cada doença, ou seja, o ponto fixo da doença, sem desprezar, no entanto, toda a história da trajetória da doença no organismo, história essa oriunda da clínica. Por certo, é a medicina querendo, de toda maneira, ser uma ciência da doença, buscando um método, uma analítica do corpo doente.

A partir desse ponto a medicina estabelece outra relação com a morte. Se no pensamento médico do século XVIII a morte era o limite ou o ponto de finalização da doença e da vida, para a anatomoclínica do século XIX, “a morte é apenas a linha vertical e absolutamente fina que separa, mas permite aproximar, a série dos sintomas e das lesões” (FOUCAULT, 2011, p. 156), ou seja, a morte passa por um processo de conceituação mais rigoroso, haja vista que, segundo o autor, sequer havia um conceito de morte elaborado e tomado de modo consensual entre os médicos da clínica. Voltarei a essa discussão sobre a morte, de forma mais detida, em uma sessão mais à frente.

Enfim, o que é importante compreender a essa altura é que a morte, sob o olhar da biomedicina, passa a ser tomada como parte da vida e a doença como dependente da vida. “Espacializados no organismo, segundo linhas e regiões próprias, os fenômenos patológicos tomam o aspecto de processos vivos” (FOUCAULT, 2011, p. 167). Penso que Foucault retira o foco da história tradicional da medicina e caminha para uma geografia anatomoclínica. Nesta, a doença encontra o seu espaço e se espacializa pelo corpo. A doença “toma a figura de uma grande vegetação orgânica, que possui suas formas de surto, enraizamento e regiões privilegiadas de crescimento” (Ibidem).

É de fato um acontecimento, pois que a medicina não busca mais o invisível que seria a própria doença ou sua essência, mas, a encontra no cadáver, ou seja, a doença assume a sua visibilidade no corpo e o olhar médico se metamorfoseia mais uma vez. Durante a história da medicina havia a necessidade de compreensão dos liames entre a vida e a doença. Houve, portanto, a necessidade de construção de uma teoria realmente rigorosa sobre essas relações a partir de um terceiro fator: a morte. Ela ocasiona o ápice da doença, mas, retroativamente, possibilita o conhecimento da mesma.

Ocorre, portanto, uma inversão: a vida que era “dia”, transforma-se em noite, ou seja, era o corpo vivo que assinalava os sintomas para o conhecimento da doença e da possível morte. Agora, são a doença e a morte que são tomadas como “dia”. A doença era tomada como “noite”, porque possuía uma essência de impossível acesso através da anatomia patológica, pois confundia aspectos próprios da doença e de outros singulares à morte – e, esta, também era tomada como “noite” por se tratar de um fenômeno fechado no próprio corpo que só se revelou com a própria anatomia patológica e é com esta que ocorre a:

Soberania do visível. E tanto mais imperiosa que lhe associa o poder da morte. O que oculta e envolve, o véu da noite sobre a verdade, é paradoxalmente a vida; a morte, ao contrário, abre à luz do dia o negro cofre dos corpos: a vida obscura, morte límpida, os mais antigos valores imaginários do mundo ocidental aí se cruzam em estranho contrassenso, que é o próprio sentido da anatomia patológica, se se está de acordo em tratá-la como um fato de civilização do mesmo tipo – e por que não? – que a transformação de uma cultura de cremação em cultura de inumação. A medicina do século XIX foi obcecada por esse olho absoluto que cadaveriza a vida e reencontra no cadáver a frágil nervura rompida da vida. (FOUCAULT, 2011, p. 184).

Mais um paradoxo: contemporaneamente, parece que esse “olho absoluto” que deveria tudo ver e realmente competir com a potência da doença, passa a se transformar num processo de anestesiação da humanidade médica. A medicina – por inúmeras questões sociais e outras relativas à própria área – começa a experimentar uma dessensibilização do olhar médico.

2.2. A doença e o corpo sob o olhar do paciente

Hoje pela manhã meu pai foi ao banheiro para ver como estava a sua língua. Pegou o celular dele e ligou a lanterna que tem no celular para ver a língua, e chamou minha mãe para ver também. Quando ele viu como estava ficou muito triste e assustado. O ouvi dizer “acabou” e perguntei para mamãe o que estava acontecendo. Ela me disse que a língua dele estava completamente negra e era visível que o tumor afetou toda a língua dele. (Diário de Valéria Martins, filha do Sr. Rudson Martins, em: 16 de maio de 2014).

Todas as teorias médicas, todas as técnicas de estudo e de trabalho que levaram a medicina a tomar afirmativa de Ciência percorrem outra solicitude pelo olhar do paciente, isso nos convida a retomar a pergunta posta anteriormente: O que pode um corpo? Parece uma pergunta até ingênua colocada por Espinosa, em sua obra fundamental a *Ética*. Não é ingênua, para mim é uma questão enigmática, pois a cada teoria, a cada avanço científico que se coloca como possibilidade de compreensão do mundo e da vida há sempre uma fissura instalada. O corpo escapa, inclusive o corpo do próprio médico.

Como um paciente doente olha para si, fora dos componentes analíticos do médico?

O prognóstico é mais uma arte do que uma ciência, sujeita a incertezas tão grandes que, por vezes, a bola de cristal parece mais segura. Não há doutor que não conte uma história a respeito: o paciente vem ao consultório por causa de uma dorzinha no peito, o médico examina-o, faz um eletrocardiograma, tudo está bem, o paciente sai tranquilizado – apenas para cair morto na rua. A inversa também é verdadeira: “Há dez anos, os médicos me enganaram, disseram que eu tinha só um mês de vida” – é uma história que muitas pessoas vão contar, com orgulho. (SCLIAR, 2013, p. 48).

As situações descritas pelo médico Scliar demonstram não apenas a possibilidade de falha do médico ao analisar o estado apresentado pelo paciente, mas também, que aquele que sente que há alguma alteração em seu corpo precisa ser considerado em se tratando do conhecimento que possui sobre si. Passamos a vida toda

tentando compreender esse corpo, é com esse corpo que passamos por todas as mudanças processadas ao longo do tempo, não é possível que nossa ignorância seja assim tão absoluta sobre ele. Temos algum conhecimento sobre o próprio corpo e sentimos quando algo não está funcionando a contento ou se se apresenta de forma diferente.

Lembro-me do primeiro momento que falei com o Sr. Rudson Martins e perguntei sobre o que ele havia sentido, ou seja, quais os sintomas que o levaram a procurar o médico e ele respondeu:

Senti assim uma lesão, embaixo da minha língua. Aonde, os médicos... não, não diagnosticaram a princípio era por causa do câncer... Fiz os exames, e depois a biopsia... e deu carcinoma, de boca²⁵.

Sua mulher, D. Maria Martins, explica com todos os detalhes o percurso até chegar ao diagnóstico. Abaixo há um dos trechos, pois já era o terceiro profissional que eles procuraram:

(...) Mas só que a doutora também achou que era também do estômago, ela jamais imaginou, como ela me disse que seria isso, né? Aí da vez que ele foi lá, que ele voltou. Ele fez todos os exames, ele começou a tomar os medicamentos, tudo. Ele percebeu que tinha aumentado. Ela disse: “Seu Rudson, foi isso que o senhor me mostrou naquele dia?”. Tinha tomado outra dimensão, outra forma, tava feio. Aí foi quando ela ficou assim, um pouco apreensiva, ela disse assim: “Vamos fazer uma biópsia”. Aí foi que foi feito. Foi pra São Paulo, a biópsia que foi até particular, porque ia demorar muito pelo SUS. Aí com vinte dias chegou, no dia que chegou nós fomos à doutora Ana Alice²⁶ no retorno, ela falou que infelizmente era isso. Só que ele pesquisando na internet... ele viu os sintomas todos de câncer bucal, tudo o que passava lá era o que ele tava sentindo... o tumor, a forma como tava na língua dele, então quando a doutora falou pra ele, ele não se assustou. Ele já havia me falado: “Olha, Maria, eu acho que eu tô com câncer na língua”. Menino! Pelo amor de Deus, não fala uma coisa dessa. Porque a gente nunca pensa o pior, né? Porque existe tanto tipo de doença na boca, mas nem todas são câncer, eu nunca imaginei na minha vida que seria. Aí quando a médica falou pra ele, ele não tomou susto (...).

O corpo, para lembrar Deleuze (1978), possui a característica ou o poder de ser afetado e, considerando o relato supracitado de D. Maria Martins sobre o Sr. Rudson Martins, embora o indivíduo não saiba em termos técnicos e precisos a patologia que

²⁵ Nesse momento ele parou para expelir a saliva (fragmentos de minhas anotações).

²⁶ Nome fictício.

lhe acomete, ele tem a percepção não apenas dos sintomas, mas de que alguma coisa ou um outro corpo está lhe afetando, de sofrer uma afecção. “A afecção [affectio] é uma mistura de dois corpos, um corpo que se diz agir sobre outro, e um corpo que recolhe o traço do primeiro. Toda mistura de corpos será chamada de afecção”. (DELEUZE, 1978, p. 6). Embora as ideias-afecções sejam para Espinosa ideias inadequadas e confusas²⁷, conforme a leitura que Deleuze lhe faz, elas dizem muito sobre o corpo afetado, para ser mais precisa, a afecção “indica muito mais a natureza do corpo afetado do que a natureza do corpo afetante” (DELEUZE, 1978, p. 6). Desta feita, o indivíduo pode ignorar a princípio a patologia, ou o tipo de doença, mas seu corpo já afetado denuncia alguns efeitos dessa afecção.

Por certo que o acesso à informação está mais amplo na atualidade e que também não é totalmente correto tirar conclusões precipitadas a partir de conteúdos da internet, e isso por dois motivos principais: por não termos o conhecimento técnico sobre as doenças e porque nem todas as informações que circulam na Rede são confiáveis. Mas, é fato que as pessoas estão bem mais informadas e que os médicos não pertencem mais à imagem de uma sociedade fechada, mística, acerca dos saberes que seriam compartilhados somente entre os membros dessa sociedade.

Desenvolvo nesta sessão uma discussão em torno da doença e do corpo pelo ângulo do olhar do doente, pelo olhar do afetado pela doença. Quem é chamado para desencadear tal discussão é Georges Canguilhem a partir de sua obra *O normal e o patológico*. Esse autor, assim como Foucault, exposto anteriormente²⁸, não pretende dar “nenhuma lição, nem fazer nenhum julgamento normativo sobre a atividade médica” (CANGUILHEM, 2012, p. 7). O autor diz, inicialmente, que se a medicina precisa passar por alguma renovação, cabe aos médicos fazê-la. Concordo e acato esse posicionamento para este trabalho, afinal, não sou médica. Minha pretensão de contribuição se limita a desenvolver um trabalho conceitual sobre a relação do corpo com a saúde e com a doença, mediada pela morte, que possa proporcionar à comunidade

²⁷ De acordo com Deleuze (1978), Espinosa toma essas ideias como inadequadas porque o indivíduo recolhe apenas os efeitos que o encontro com outros corpos provocam em seu próprio corpo. Em suas palavras: “Dir-se-á que as idéias-afecções são representações de efeitos sem suas causas, e é precisamente isso que Spinoza chama de idéias inadequadas. São idéias de mistura separadas das causas da mistura”. (DELEUZE, 1978, p.7).

²⁸ Foucault assim se pronuncia sobre sua própria obra: “De uma vez por todas, este livro não é escrito por uma medicina contra uma outra, ou contra a medicina por uma ausência de medicina. Aqui, como em outros lugares, trata-se de um estudo que tenta extrair da espessura do discurso as condições de sua história”. (2011, p. XVIII).

docente – especialmente, porém não exclusivamente, do ensino de ciências – outros pontos de vistas sobre o corpo em sua potencialidade e fragilidade durante a vida. Talvez tais pontos possam, em alguma medida, problematizar com esses temas e passarem a ser tratados pela escola, pelos profissionais que trabalham com ensino de ciências por outras perspectivas, pontuar novas provocações aos jovens, pois a doença e a morte geralmente são questões marginalizadas e não debatidas no espaço escolar.

A preocupação central de Canguilhem é encontrar em outros autores, principalmente da medicina e da filosofia, os conceitos e distinções entre normal, anormal e patológico. Todavia, antes de proceder a essas especificações conceituais, empreende um esforço para compreender, nesses autores, os conceitos e relações entre a saúde e a doença. É bem esse o caminho – seguindo o raciocínio do autor – que adoto nas discussões desenvolvidas nesta sessão.

Há autores - Claude Bernard, por exemplo, - que defendem uma continuidade entre saúde e doença. Sob tal concepção o estado patológico seria o exagero ou o distúrbio de um órgão ou de uma função normal. Entre ambas existiria apenas uma diferença de grau, ou seja, haveria uma mudança qualitativa entre doença e saúde. Canguilhem, embora não concorde, explica que tal ideia sobre a relação entre saúde e doença em Claude Bernard se assemelha e é complementada pela relação entre vida e morte, pois também haveria uma continuidade entre ambas.

Canguilhem não compactua com essa tese, pois indica que a doença “é um acontecimento que diz respeito ao organismo vivo encarado na sua totalidade” (2012, p. 44). A doença é um fenômeno totalmente diferente da saúde, que só pode ser conhecida se considerada em seu contexto, ou seja, na totalidade do indivíduo. Nas palavras de Canguilhem:

O fato patológico só pode ser apreendido como tal – isto é, como alteração do estado normal – no nível da totalidade orgânica; e, em se tratando do homem, no nível da totalidade individual consciente, em que a doença torna-se uma espécie de mal. Ser doente é, realmente, para o homem, viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra. (Idem, p. 51).

A relevância do pensamento de Canguilhem é inegável, pois, a partir dele, podemos perceber que a doença modifica o indivíduo e que o indivíduo se metamorfoseia com a doença. Uma vez atingido pela doença, o indivíduo torna-se outra

pessoa. Passar por um grande período vivenciando uma patologia é ter, por esse mesmo período, uma outra existência, na verdade, várias outras existências, já que a mudança é constante. A mudança atinge até mesmo as pessoas muito próximas do doente que, de algum modo, adoecem o seu corpo para tentar resistir ao doente:

(...) Aí, quer dizer, era o Rudson, ele acordava cedo, cedo, cedo. Ele tinha assim uma energia, sabe? Que só as pessoas que conhecem ele sabem como ele é. Aí eu vejo hoje amanhece o dia meu marido deitado, com dor, com essa sonda na barriga, não tá falando bem, sabe isso me causa uma tristeza de não poder mais fazer uma comida pra ele, que ele gostava do que eu fazia pra ele. Então isso me deixa muito triste, muito triste mesmo... Ele chegava com comida aqui, “filha faz um peixe pra mim”, fazia peixe, fazia cozido, fazia feijão, vinagrete, eu tinha aquele prazer de cozinhar pra ele. Não tinha preguiça. Maniçoba, ficava sete dias fazendo pra ele, que ele adorava maniçoba. Então, eu vou ver, não vou mais poder fazer pra ele. E eu não tenho vontade de fazer mais (pausa), porque ele é que me dava aquela vontade, sabe, de fazer. “Hum, tá cheirosa essa maniçoba, deve tá gostosa”, sabe, aquela alegria, era um prazer pra mim... aí tudo isso, vai, não vai ter mais que conviver com isso, né? O que eu vou fazer é só, é feijão, é sopinha que ele não sente o gosto, tem que bater e coar pra colocar na seringa pra ele, tá entendendo? Mudou tudo. (Relato de D. Maria Martins).

Essas palavras de D. Maria Martins me fizeram lembrar que, dentre as tantas e diferentes relações que o doente pode estabelecer com a doença, há aquela que Nietzsche desenvolveu e vivenciou em seu próprio corpo. Uma relação que fez com que ele exercitasse os mais plenos sentimentos, dentre eles, a saúde, um outro estado de saúde:

Tomei a mim mesmo em mãos, curei a mim mesmo: a condição para isso - qualquer fisiólogo admitirá - é ser no fundo sadio. Um ser tipicamente mórbido não pode ficar são, menos ainda curar-se a si mesmo; para alguém tipicamente são, ao contrário, o estar enfermo pode ser até um enérgico estimulante ao viver, ao mais-viver. De fato, assim me aparece agora aquele longo tempo de doença: descobri a vida e a mim mesmo como que de novo, saboreei todas as boas e mesmo pequenas coisas, como outros não teriam sabido saborear - fiz da minha vontade de saúde, de vida, a minha filosofia... Pois atente-se para isso: foi durante os anos de minha menor vitalidade que deixei de ser um pessimista: o instinto de auto-restabelecimento proibiu-me uma filosofia da pobreza e do desânimo... E como se reconhece, no fundo, a vida que vingou? um homem que vingou faz bem a nossos sentidos... Inventar meios de cura para injúrias, utiliza acasos ruins em seu proveito; o que não o mata o fortalece. (...)" (NIETZSCHE, 2008, p. 23).

Magnífica essa forma de lidar com seus infortúnios! Não há quem não se admire e até inveje a relação que Nietzsche estabeleceu com sua doença até experimentar e criar o conceito de Grande Saúde. Normalmente os médicos não compreendem como pacientes terminais insistem em fazer ou em tentar fazer todas as coisas que faziam antes da doença, ou antes de se tornarem cientes do seu diagnóstico. A maioria dos médicos classifica essas formas de existência – pós-diagnóstico – dos pacientes terminais como simples mecanismos de defesa, fugas e negação da doença²⁹. A experiência de Nietzsche não será ignorada neste trabalho, todavia, é preciso dizer, que há tantas outras formas de o paciente terminal se relacionar com a sua doença.

Nas sessões que estão por vir discutirei mais detidamente as relações entre a vida, a saúde e a morte, permitam-me voltar ao raciocínio de Canguilhem, pois ainda há muito o que roubar de sua teoria e que me ajudará a pensar.

Continuando o raciocínio anterior, se o doente experimenta uma forma de vida diferente é porque já estabeleceu um elo muito forte com a doença a ponto de conseguir distinguir o estado de saúde que lhe era anterior e o estado patológico que vivencia em sua atualidade. Para Canguilhem, “Sempre se admitiu... que a medicina existe porque há homens que se sentem doentes, e não porque existem médicos que os informam de suas doenças. A evolução histórica das relações entre o médico e o doente na consulta clínica não muda em nada a relação normal permanente entre o doente e a doença”. (2012, p. 55). Sendo assim, não seria nenhum absurdo considerar que “é a doença do ponto de vista do doente que, de modo bastante inesperado, volta a ser o conceito adequado de doença, mais adequado, em todo caso, que o conceito dos anatomopatologistas”. (CANGUILHEM, 2012, p. 55).

Primariamente é preciso explicitar como o ponto de vista do doente seria mais adequado para o conceito de doença. Para o autor, a patologia – tanto a fisiológica

²⁹ A médica de família que me apresentou aos pacientes me disse que esse é o comportamento de negação da doença que a maioria dos pacientes terminais apresenta quando são diagnosticados. Mas, esse tipo de percepção sobre essa atitude dos pacientes pode ser encontrada, também, em alguns teóricos que mapeiam ou classificam os vários estágios psicológicos desses pacientes, como é o caso da psiquiatra Kübler-Ross, cuja vida e trabalho foram objeto de estudos de Macedo (2004). De acordo com este autor: “A partir de mais de duzentas entrevistas efectuadas junto de doentes em fase terminal, Kübler-Ross julgou encontrar um padrão específico de reações psicológicas que o ser humano percorre à medida que a morte se aproxima. Concluiu, assim, que a maioria dos doentes passaria pelas seguintes fases, de forma quase sequencial: negação e isolamento (denial and isolation); raiva (anger); negociação (bargaining); depressão (depression) e aceitação (acceptance)”. (MACEDO, 2004, p. 76).

quanto a anatômica – ao focar a doença de forma separada de suas complexidades e contextos e/ou ao reduzi-la a seus sintomas, analisa-a como um fenômeno objetivo que existiria por si só, independente do indivíduo. No entanto, a patologia somente chega à identificação de uma “patologia – isto é, estudo dos mecanismos da doença - porque recebe da clínica essa noção de doença, cuja origem deve ser buscada na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio” (Idem, p. 51).

O fato de o paciente, por vezes, confundir os efeitos da “consciência sensível imediata da vida orgânica” (Idem, p, 52) com o conhecimento propriamente dito sobre o organismo³⁰, não significa que seu constructo sobre a doença, que lhe afeta, deva ser ignorado.

Talvez seja por isso que até hoje a patologia levou tão pouco em consideração essa característica da doença: de ser realmente para o doente *uma forma diferente da vida*. É claro que a patologia tem o direito de suspeitar e de retificar a opinião do doente que pensa saber também – pelo fato de se sentir diferente – em que e como ele está diferente. E só porque o doente se engana manifestamente a respeito do segundo ponto não se pode concluir que se engane também a respeito do primeiro. Talvez seu sentimento seja o pressentimento do que a patologia contemporânea está começando a entrever: que o estado patológico não é um simples prolongamento, quantitativamente variado, do estado fisiológico, mas é totalmente diferente (IDEM, p. 52).

Compreendida essa ideia, ou seja, de que a doença e a saúde não fazem parte de uma mesma “origem” e que só se diferenciariam por graus em sua continuidade, mas que, ao contrário, são intimamente diferentes, parto em busca das distinções que Canguilhem faz em torno dos conceitos de normal, anormal e patológico.

Há uma série de aspectos que compõem o pensamento de Canguilhem sobre esses conceitos. Elenco alguns para tentar alcançar esse pensamento: 1) para ele, “a vida é polaridade” (Idem, p. 80), no sentido de que o indivíduo sempre procura, de forma espontânea e consciente, ultrapassar os obstáculos que o meio lhe apresenta. É essencialmente vital que se lute permanentemente contra as ameaças impostas pelo próprio meio que potencializa a vida e a saúde; 2) acredita numa “normatividade biológica”, não se trataria de uma retomada total da noção darwinista de seleção natural,

³⁰ Canguilhem explica com um exemplo: “É que, para o doente, os rins são um território musculocutâneo da região lombar, ao passo que, para o médico, são vísceras em relação com outras vísceras”. (2012, p. 52). Daí que, para o médico urologista, o paciente que afirma que está com dor nos rins, não necessariamente esteja de fato.

no sentido de que somente as espécies mais fortes sobreviveriam, mas, a aceitação de que o corpo – pela assimilação do instinto de sobrevivência – providencia e apresenta defesas contra os perigos que se lhe impõe durante toda a sua existência. Para Canguilhem, “não há indiferença biológica. Pode-se, portanto, falar em normatividade biológica. Há normas biológicas sãs e normas patológicas, e as segundas não são da mesma natureza que as primeiras” (Idem, p. 83). 3) Na verdade, este ponto, apenas vem complementar os dois anteriores: “o normativo é o que institui as normas” (Idem, p. 80), desta feita, se a vida é polaridade é porque ela contém as normas que pertencem à própria vida, pelo menos em germe. O que diz respeito a essa normatividade biológica é que a vida seria “posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa” (Item, Ibidem). A partir desses aspectos, podemos perceber que o normal, do ponto de vista biológico, seria um conceito de valor, pois, de acordo com Canguilhem:

É a vida em si mesma, e não a apreciação médica, que faz do normal biológico um conceito de valor, e não um conceito de realidade estatística. Para o médico, a vida não é um objeto, é uma atividade polarizada, cujo esforço espontâneo de defesa e de luta contra tudo que é valor negativo é prolongado pela medicina, que lhe traz o esclarecimento da ciência humana, relativo, mas indispensável. (2012, p. 84)³¹.

Sobre as diferenças entre anomalia e anormal, Canguilhem nos diz que houve um equívoco no uso de ambos vocábulos fazendo com que anormal se tornasse o adjetivo de anomalia, muito embora esta tenha surgido como um substantivo sem adjetivo que lhe correspondesse e, anormal, como um adjetivo sem substantivo. Todavia, etimologicamente, anomalia se refere a um fato ou a uma descrição, enquanto

³¹ Esse raciocínio de Canguilhem me fez lembrar de um outro, até certo ponto inverso, utilizado pela sétima arte: trata-se de filmes sobre Extras Terrestres que atribuem a alguma doença o fato dos alienígenas não exercerem sua força de predadores sobre os humanos que a possuem, é o caso do filme intitulado “Sinais” (2002) – produzido e dirigido por M. Night Shyamalan - em que um garoto não é alcançado pelo ET porque sofre de asma. Ou no filme, “Depois da Terra” (2013) – também dirigido por Shyamalan - em que os humanos que são destituídos da capacidade de sentir medo também não podem ser vistos, tocados ou apanhados pelo predador alienígena. Interessante é que, se na normatividade biológica, o indivíduo que consegue sobreviver é aquele que possui anticorpos ou defesas contra as doenças do meio e as degenerescências do próprio organismo, na arte – pelo menos em filmes sobre alienígenas-, tal sobrevivência estaria condicionada a certa patologia. De qualquer forma, tratar-se-ia da sobrevivência humana, isto é, nosso pensamento se move sempre em prol dessa manutenção da vida a qualquer custo. O cinema procura mostrar que mesmo quando há uma patologia não quer dizer necessariamente que se está de todo em desvantagem diante da vida.

que anormal implica referência a um valor, ou seja, apreciação, normatividade, muito embora tenha havido, posteriormente, uma inversão dos significados de ambos³².

De todo modo, para que a anomalia tenha relevância para a ciência é preciso que um indivíduo enuncie se há algum comprometimento de alguma funcionalidade orgânica, “pois não há uma ciência especial das anomalias físicas ou químicas” (Idem, p. 88). Ou seja, as anomalias só aguçam o interesse dos cientistas se as mesmas comprometerem, de alguma forma, a saúde e o desenvolvimento dos seres humanos.

Em resumo, nem toda anomalia é patológica, mas só a existência de anomalias patológicas é que criou uma ciência especial das anomalias que tende normalmente – pelo fato de ser ciência – a banir, da definição da anomalia, qualquer implicação normativa. Quando se fala em anomalias, não se pensa nas simples variedades que são apenas desvios estatísticos, mas nas deformidades nocivas ou mesmo incompatíveis com a vida, ao nos referirmos à forma viva ou ao comportamento do ser vivo, não como a um fato estatístico, mas como a um tipo normativo de vida. (CANGUILHEM, 2012, p. 89).

O autor trata a anomalia como a consequência da diferença ou variabilidade entre os indivíduos. Predomina entre os indivíduos uma diversidade, todavia, isso não se constitui *a priori* uma doença, pois “o *anormal* não é o patológico. Patológico implica *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada. Mas o patológico é realmente o anormal”. (Idem, *Ibidem*)³³. Desta feita, a anomalia não se constitui por si só uma doença, e determinar o momento ou as características que ela passa a ser considerada como doença não é muito fácil, mas extremamente importante do ponto de vista biológico, pois só assim será possível ter a dimensão do nível, da significação e do alcance da variabilidade dos organismos, isto é, até que ponto se desvia do “tipo específico, definido por um grupo dos caracteres mais frequentes em sua dimensão média” (Idem, p. 96).

³² Canguilhem explica essa inversão dos significados: “Anomalia vem do grego *anomalía*, que significa desigualdade, aspereza; *omalos* designa, em grego, o que é uniforme, regular, liso; de modo que anomalia é, etimologicamente, *an-omalos*, o que é desigual, rugoso, irregular, no sentido que se dá a essas palavras ao falar de um terreno. Ora, frequentemente houve enganos a respeito da etimologia do termo anomalia derivando-o não de *omalos*, mas de *nomos*, que significa lei, segundo a composição *a-nomos*. Esse erro de etimologia encontra-se, precisamente, no *Dictionnaire de médecine* de Littré e Robin. Ora, o *nomos* grego e o *norma* latino têm sentidos vizinhos, lei e regra tendem a se confundir. Assim, com todo o rigor semântico, anomalia designa um fato, é um termo descritivo, ao passo que anormal implica referência a um valor, é um termo apreciativo, normativo, mas a troca de processos gramaticais corretos acarretou uma colusão dos sentidos respectivos de anomalia e de anormal. Anormal tornou-se um conceito descritivo, e anomalia tornou-se um conceito normativo”. (CANGUILHEM, 2012, p. 84-5).

³³ Grifos do autor.

Canguilhem expõe essas concepções médicas, todavia, não compactua totalmente com elas, pois se a mutação ou a anomalia podem ser consideradas como um desvio que tanto foge das medidas e conceitos do “tipo específico” tornando-se, portanto, indiferentes às normas deste, isso não quer dizer que a anomalia e a mutação não tenham normas, ao contrário, elas possuem suas próprias normas, pois até mesmo o que é considerado normal só veio a ser considerado como tal a partir da constituição e identificação de regras e de normas reconhecidas por determinada coletividade e por contexto médico e social. Eis como o autor sintetiza esse ponto:

A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis. Se essas normas forem inferiores – quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida – às normas específicas anteriores, serão chamadas patológicas. Se, eventualmente, se revelarem equivalentes – no mesmo meio – ou superiores – em outro meio -, serão chamadas normais. **Sua normalidade advirá de sua normatividade.** *O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida.* (2012, p. 96 - Grifos meus).

O anormal e o patológico, como já foi dito, possuem as suas próprias normas de vida, mas, segundo Canguilhem, são normas insuficientes ou inferiores diante da vida porque não permitem ao indivíduo a instituição de novas normas que desviem das condições e meios em que são válidas. “O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes”. (Idem, p. 127).

Em sua empreitada para demonstrar que a doença não é uma continuidade, nem tampouco, uma simples interrupção do estado de saúde, Canguilhem recorre a Goldstein quando trata da instituição de *uma nova ordem*, ou da obtenção *de novas constantes* que o indivíduo processa com a cura de uma determinada doença. Ou seja, quando o indivíduo obtém a cura para a doença, seu organismo também sofre alguns *déficits* que compõem – juntamente com outros conteúdos – uma nova ordem, uma nova normalidade. Sua saúde atual não corresponde, organicamente, ao estado de saúde anterior à doença que o afetou. Tal ideia só confirma o “fato biológico fundamental” que Canguilhem afirma e que destaco a seguir:

Afirmando que as novas formas fisiológicas não são o equivalente das normas anteriores à doença, Goldstein, em suma, está apenas confirmando esse fato biológico fundamental: é que **a vida não conhece a reversibilidade**. No entanto, apesar de não admitir

restabelecimentos, a vida admite reparações que são realmente inovações fisiológicas. A redução maior ou menor dessas possibilidades de inovação dá a medida da gravidade da doença. *Quanto à saúde, em seu sentido absoluto, ela nada mais é que a indeterminação inicial da capacidade de instituição de novas normas biológicas.* (Idem, p. 138 - Grifos meus).

A princípio tais afirmações podem parecer confusas ou paradoxais, porém, se o estado de saúde se revela único, a doença também. Se a doença se revela como um estado que possui suas próprias normas, ela só pode ser considerada anormal se comparada ou colocada em relação com uma determinada situação ou meio. A saúde, por sua vez, exerce uma potência na vida por ser um estado em que o indivíduo possui não apenas a capacidade de tolerar as invasões às normas que lhe são constantes, mas, também, de “ultrapassar a norma que define o normal momentâneo”, assim como a de “instituir normas novas em situações novas”. (CANGUILHEM, 2012, p. 138).

O caso do pintor e paciente do Dr. Sacks, Sr. Jonathan I., é emblemático: depois de um acidente de automóvel e uma consequente lesão no cérebro, sofreu de acromatopsia permanente, perdendo assim sua percepção das cores, afetando inclusive suas memórias e sonhos em cores. Depois de várias experiências voltou a pintar. Não aceitou “reeducar” sua visão, mas criou uma outra forma de ver, de imaginar e de sentir:

Quanto a sua pintura, após um ano ou mais de experimentação e incerteza, o sr. I. entrou numa fase mais enérgica e produtiva, tão enérgica e produtiva quanto qualquer outra em sua longa carreira artística. Suas pinturas em preto-e-branco são altamente bem-sucedidas e as pessoas comentam sua renovação criativa, a notável ‘fase’ preto-e-branco em que entrou. Poucos sabem que sua última fase é tudo menos uma expressão de seu desenvolvimento artístico; que é resultado de uma perda calamitosa. (SACKS, 2013, p. 48).

Para Canguilhem, a ciência explica a experiência, mas não a anula, no sentido de que não é possível impedir todas as possibilidades de acidentes, acontecimentos, influências e provações do meio, pelas quais o organismo terá que passar por toda a sua existência. Em outras palavras, a ciência cria uma série de conceitos e procedimentos de medida que se propõem a explicar a vida, todavia, para o ser vivo, a vida não se limita ao instinto de conservação, portanto, a preocupação central não seria apenas a adaptação ao meio e às suas exigências, indo além até alcançar o normativo, “capaz de seguir novas normas de vida” (Idem, p. 141). Para Canguilhem, inspirado em Goldstein, isso seria saúde. Em suas palavras:

Compreende-se que, para o homem, a saúde seja um sentimento de segurança na vida, sentimento este que, por si mesmo, não se impõe nenhum limite. A palavra *valere*, que deu origem a valor, significa, em latim, passar bem. A saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais. Daí a sedução que a imagem do atleta exerce ainda hoje sobre nossas mentes, sedução esta da qual o gosto atual por um esporte racionalizado nos parece uma aflitiva caricatura. (CANGUILHEM, 2012, p, 143).

O indivíduo, portanto, mede sua saúde *a priori* não pelos conceitos técnicos da medicina ou pelo modo com que se adapta às circunstâncias de seu meio, mas pelas atividades de superação ou pelo que ainda é capaz de fazer ou suportar. Uma mulher comum consegue, por exemplo, perceber que seu nível de resistência mudou ou diminuiu de uma cesariana à outra num intervalo de cinco anos, isso, no entanto, talvez não a impeça de planejar uma terceira gravidez com parto cesariano.

Para além das leis e das abstrações teóricas elaboradas pela ciência, a preocupação de Canguilhem é com a vulnerabilidade da saúde, já que o “ser vivo não vive entre leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis”. Para ele, “a saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio”, ou seja, o meio apresenta muitos perigos, nem tudo – ou quase nada – é previsível. “Nada acontece por acaso, **mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. É nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história**” (Idem, p. 139 - Grifos meus).

A ideia de acontecimento em Canguilhem remete à imprevisibilidade do meio, o que ele chama de infidelidade. Estar disposto ou exposto ao meio torna visível nossa fragilidade diante da vida, porém, ao mesmo tempo, Canguilhem nos diz que “o homem só se sente em boa saúde – que é, precisamente, a saúde – quando se sente mais do que normal” (Idem, p. 141), isto é, quando não apenas está adaptado ao meio, mas quando é capaz de se superar criando novas normas para si mesmo.

O grande mérito de Canguilhem é criar um conceito de saúde que vai além do simples bem-estar integral do indivíduo³⁴, que é tão enfatizado hoje pela Organização

³⁴ Para a Organização Mundial de Saúde, “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Cf. Constituição da Organização Mundial de Saúde – OMS/WHO-1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>. Acesso em: agosto de 2014).

Mundial de Saúde quanto pela medicina e pela mídia em geral. Ter saúde não é apenas possuí-la, não se trata de uma aquisição ou de mera preservação, mas da capacidade de criação – na linguagem do autor – de valores e outras normas vitais. Sob essa perspectiva, leva-nos a compreensão das heterogeneidades dos indivíduos, isto é, que cada um processa a sua própria forma de criação de estados de saúde. E que, portanto, a medicina não alcança essa compreensão, quando, ao focar apenas na prevenção, diagnóstico e cura da doença, normatiza homogeneizadamente não apenas a doença, mas também a saúde. Para este trabalho, essa compreensão mais ampla de saúde pode significar uma salutar confluência para outros meios de experimentação do corpo e da doença em busca de uma nova saúde, semelhante ao modo nietzscheano.

O outro mérito de Canguilhem é demonstrar a importância do anormal e do patológico para a medicina, fazendo a inversão do que realmente é a compreensão da medicina: esta possui sua história focada na doença, sempre no sentido de curá-la e eliminá-la, todavia, o normal e a saúde não seriam possíveis sem a quebra das normas ou sem infidelidade do meio que provocou a desnormatização do normal e a instituição de novas normas para o anormal. Na linguagem Canguilheana, as pessoas não adoecem porque existe a medicina, mas é a medicina que só existe porque as pessoas adoecem.

Em matéria de biologia, é o *pathos* que condiciona o *logos* porque é ele que o chama. É o anormal que desperta o interesse teórico pelo normal. As normas só são reconhecidas como tal nas infrações. As funções só são reveladas por suas falhas. A vida só se leva à consciência e a ciência de si mesma pela inadaptação, pelo fracasso e pela dor. (CANGUILHEM, 2012, p. 149).

Isso requer da medicina uma outra perspectiva diante do corpo adoentado, no mínimo, a de não indiferença a um corpo que apresenta uma patologia incurável e em estado terminal cujas normas, efeitos e sintomas já são conhecidos. Nessa mesma linha, um outro ganho da teoria desse autor é apresentar uma lógica diferente para a fisiologia, pois esta não poderia mais ser tomada como “ciência das leis ou das constantes da vida normal” (Idem, p. 144), dado que o normal não é suscetível de mensuração objetiva e que o patológico não é um antônimo do normal, mas um normal diferente que possui suas próprias normas.

A fisiologia perde o seu foco sobre as estatísticas, as regularidades e invariantes e se volta para o movimento e os ritmos, compreendendo que a doença não se estabelece

apenas em um tecido ou órgão determinado, mas que é o organismo como um todo que responde à doença. O próprio órgão afetado precisaria ser tomado como um todo. Sendo assim, para Canguilhem, a fisiologia bem poderia ser definida como “ciência dos ritmos estabilizados da vida” (Idem, p. 146) e, a partir desse conceito estabelecer as relações entre a fisiologia e a patologia.

Para esse conceito de fisiologia, várias circunstâncias e relações devem ser levadas em consideração: a princípio, a importância do próprio paciente, pois é este que, a partir da identificação de algum desequilíbrio, do que esse autor chama de “polaridade”, ou seja, de que houve uma quebra no processo de normas que seu organismo vinha instituindo, resultando em efeitos e em sintomas que o médico deveria interpretar como o nascimento de uma outra forma de normatização (patologia) é que se inicia o processo de criação de outras ciências ou áreas da medicina como a anatomia patológica, a fisiologia patológica, a histologia patológica e a embriologia patológica. Estruturas e comportamentos podem ser descritos objetivamente, contudo, não se pode chegar à indicação de uma patologia de forma totalmente objetiva, ou seja, sem as inúmeras intervenções subjetivas e históricas oriundas da clínica. Canguilhem sintetizou com maestria sua teoria nas palavras que cito a seguir:

Em matéria de patologia, a primeira palavra, historicamente falando, e a última palavra, logicamente falando, cabem à clínica. Ora, a clínica não é uma ciência e jamais o será, mesmo que utilize meios cuja eficácia seja cada vez mais garantida cientificamente. A clínica é inseparável da terapêutica, e a terapêutica é uma técnica de instauração ou de restauração do normal, cujo fim escapa à jurisdição do saber objetivo, pois é a satisfação subjetiva de saber que uma norma está instaurada. Não se ditam normas à vida, cientificamente. Mas a vida é essa atividade polarizada de conflito com o meio, e que se sente ou não normal, conforme se sinta ou não em posição normativa. O médico optou pela vida. A ciência lhe é útil no cumprimento dos deveres decorrentes dessa escolha. O apelo ao médico parte do doente. É o caso desse apelo patético que faz chamar de patológicas todas as ciências que a técnica médica utiliza em socorro da vida. (CANGUILHEM, 2012, p. 164).

É essa a relação fundamental que condiz apenas à medicina e a sua história – relembro Foucault (2011) na sessão anterior - que pode tanto estabelecer afecções positivas entre médicos e pacientes terminais, quanto vir a provocar lances flagrados no acaso em prol de faíscas que ascendam a racionalidade científica para a descoberta ou criação de cura para as doenças que ainda não a possui – a clínica.

A fragmentação do conhecimento, a objetividade exacerbada, a focalização do olhar em apenas um elemento ou órgão ou “partes” do corpo nem sempre condiz com a complexidade das doenças que surgem, manifestam-se e dão sinais por todo o corpo. Talvez seja necessária uma mentalidade diferente, talvez se deva perguntar sobre o que não foi visto, o que não foi percebido antes de apenas se cercar de tudo o que já foi visto e estudado. Buscamos tão insistentemente as respostas e nem suspeitamos que estas, por vezes, encontram-se nos paradoxos do próprio problema. Por certo é difícil pensar diferente da forma com que fomos ensinados a pensar. Um caso emblemático surgiu a poucos dias: em décadas de estudo, os cientistas não conseguiram perceber que a doença de Parkinson dá seus primeiros sinais no odor que é expelido naturalmente dos poros dos pacientes. Nesse, e em outros casos, o que a clínica não foi capaz de sentir? O que ela não viu³⁵?

Nestes tempos em que quase todas as áreas de conhecimento são medidas pelo maior índice de objetividade em suas práticas e muito se gabam disso, talvez fosse o momento de impingirmos uma nova pragmática, não no sentido de retorno a uma subjetividade arcaica, mas a uma nova subjetividade penetrada por todo o acúmulo da

³⁵ O Parkinson é uma doença progressiva do sistema neurológico que afeta principalmente o cérebro, atinge principalmente os idosos, manifesta-se prejudicando a coordenação motora, tremores e dificuldades para caminhar e se movimentar. Ainda não há como se prevenir essa doença. Foi a esposa de um paciente que tinha Parkinson, Joy Milne, quem percebeu que seu marido, assim como os pacientes de um grupo de apoio aos parkinsonianos possuíam um mesmo cheiro. A reportagem foi exibida no Jornal Nacional da Rede Globo no dia 22/10/2015, mas é possível obter informações mais detalhadas na página do Programa Bem Estar (g1.globo.com), dessa mesma emissora. Partes da matéria, relato a seguir: “O marido de Joy Milne, Les, morreu em junho, aos 65 anos. Ele trabalhava como anestesista antes de ser diagnosticado com Parkinson, aos 45 anos. Mas bem antes do diagnóstico, Joy notou que algo havia mudado com seu marido – seis anos antes, para ser mais preciso. ‘O cheiro dele mudou. Não foi de repente, foi muito sutil – ele ficou com um cheiro almiscarado’. Joy só relacionou este odor à doença após passar a frequentar a instituição de caridade Parkinson’s UK e conhecer pessoas com o mesmo cheiro característico. Por um acaso total, ela mencionou isso enquanto conversava com pesquisadores. Eles ficaram intrigados – até hoje, não existe um exame preciso para diagnosticar Parkinson. A Universidade de Edimburgo decidiu testá-la. Tilo Kunath, pesquisador associado da Parkinson’s UK na escola de ciências biológicas da universidade, foi um dos primeiros a conversar com Joy. ‘A primeira vez em que testamos Joy, usamos seis pessoas com Parkinson e seis sem. Todas usaram camisetas brancas por um dia, que depois foram dobradas e empacotadas. A tarefa dela era dizer quem tinha Parkinson e quem não tinha’, conta. ‘Ela acertou 11 de 12. Ficamos muito impressionados’. Segundo ele, Joy acertou todos os com Parkinson, mas insistiu que uma das pessoas do grupo de controle também tinha a doença. ‘Mas era o grupo de controle, então ele não tinha Parkinson. Segundo ele – e também segundo a gente – ele não tinha Parkinson’, diz. Mas os pesquisadores foram surpreendidos meses depois. ‘Oito meses depois, ele informou que havia sido diagnosticado com Parkinson. Então Joy não estava certa apenas em 11, ela acertou os 12’... Pesquisadores acreditam que mudanças na pele de pessoas com Parkinson produzem um odor específico. Eles esperam encontrar a ‘assinatura molecular’ responsável pelo cheiro e então desenvolver um teste simples para coletar amostras passando um cotonete na testa da pessoa... (PROGRAMA BEM ESTAR. 23/10/2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/10/mulher-que-perdeu-marido-com-parkinson-desenvolve-capacidade-de-cheirar-doenca.html>> Acesso em: 27/10/2015).

ciência e um aguçamento da sensibilidade humana, um outro caminho nas bifurcações da ciência em prol de tudo aquilo que a educação nos furtou de sentir até hoje.

3. AS TANTAS SOLIDÕES DO PACIENTE TERMINAL: “SOLIDÃO POVOADA”, SOLIDÃO RODEADA, SOLIDÃO MISERÁVEL

Após o primeiro encontro, todas as vezes que eu empreendi minha jornada de afecção com o Sr. Rudson Martins, via apenas as suas costas quando passava pela porta do seu quarto. Pelo corredor, eu me dirigia à cozinha para conversar com D. Maria Martins enquanto ela preparava o almoço. Em dois relances: na chegada e na saída, via seu corpo magro, deitado e isolado. Sei que de lá ele nos ouvia, quando não cochichávamos, mas pouquíssimas vezes ouvíamos seus gemidos. Comecei a perceber que respeitar o fato dele não poder e não querer me receber não era suficiente, minha simples voz e presença o incomodavam, daí a necessidade de meu “decoro³⁶” e de engendrar outras formas de acompanhá-lo. (Extraído de minhas anotações).

Talvez ainda não tenha chegado ao ponto de viver a mais absoluta solidão no sentido deleuzeano, isto é, uma “solidão povoada”. Porém, há muitos anos vivo só. Aprender a viver só é uma das necessidades contemporâneas mais difíceis de se conseguir, porque fomos ensinados a viver em bandos, e porque o modelo de felicidade que se infiltrou em nossas veias é amparado no compartilhamento das intimidades. Lidamos com nossas próprias feridas e nem sempre temos a sensibilidade de acionar nossos parceiros teóricos, nossos amigos distantes, os personagens que nos fizeram rir, que nos obrigaram a encarar nossos maiores pesadelos e que, em tantas outras oportunidades, deram-nos as maiores lições de vida.

Esse trabalho que exerço agora exige um tipo de recolhimento, algo inevitável para quem trabalha remoendo, capturando e, principalmente, roubando conceitos. Para Deleuze e Parnet:

Quando se trabalha, a solidão é, inevitavelmente, absoluta. Não se pode fazer escola, nem fazer parte de uma escola. Só há trabalho clandestino. Só que é uma solidão extremamente povoada. Não povoada de sonhos, fantasias ou projetos, mas de encontros. Um encontro é talvez a mesma coisa que um devir ou núpcias. É do fundo dessa solidão que se pode fazer qualquer encontro. Encontram-se pessoas (e às vezes sem as conhecer nem jamais tê-las visto), mas também movimentos, ideias, acontecimentos, entidades. (DELEUZE e PARNET, 1998, p. 14). (Grifos dos autores).

Essa “solidão povoada” contempla a estranha sensação de, na verdade, não se estar de todo só no mundo. Neste momento, por exemplo, experimento um pouco dessa

³⁶ “Decoro” no sentido atribuído por Barthes (2003): “não o simples conformismo mundano, mas a atitude profunda que consiste em cuidar de não incomodar os outros (*≠ Parrèsia: sem-cerimônia*)”. (p. 247).

solidão, pois, apesar de estar fisicamente só, conecto-me com os teóricos que se presentificam nesta tese, ouço suas ideias, imagino seus contextos, experimento suas dores no mais alto grau de suas buscas intermináveis por movimentos frenéticos de pura saúde e, também, de lentidão à beira da morte. Aciono meu e-mail e sites pela Internet e, dessa forma, recebo relatos de pessoas que vivenciaram toda a dor de acompanhar quem luta pela vida e vê-se atirado à morte, leio posicionamentos de minha orientadora e de outros estudantes e, assim, mais uma vez sou afetada, sou instigada a continuar trabalhando. O que produzo a partir disso é um traço de um quadro muito maior e complexo no qual se inscrevem - além de pessoas, de lugares e de ideias - Acontecimentos. Acabo me entrelaçando e me deixando atingir por outras vidas que compõem minha própria imanência. Sou espírito que suga, que viaja, que se deixa sugar e, tudo isso, sem sair deste lugar.

É esse o encontro, ou um dos encontros que permeiam o viver-só. O trabalho que realizamos nos exige isso por longos dias, o que Pelbart (2006) inspirando-se em Deleuze, Guattari, Barthes e outros, chama de “simpatia”. Uma espécie de encontro a partir da distância. O encontro, todavia, além de incorporar o afetar e ser afetado, contempla uma terceira dimensão que Deleuze chama de “envelopamento”, isto é, como envolver o outro, porém, de modo que respeitemos os seus próprios mundos e relações, o risco que corremos nesses encontros é o de sermos aprisionados pelos sonhos dos outros. Daí a necessidade de se preservar a “distância” ou a “simpatia” da qual nos fala Pelbart:

É uma ação á distância de uma força sobre outra, nem fusão nem dialética intersubjetiva, nem metafísica da alteridade, mas, solidão, ressonância, síntese disjuntiva. Com isso, Deleuze re-lança o viver só numa direção inusitada, aquela da personalidade dos mundos, uma ecologia subjetiva precisaria sustentar tal disparidade de universos, de formas de vida, de modo tal que cada singularidade preservasse sua distância, mas também sua potência de afetação e de envelopamento no imenso jogo do mundo, sem o que, cada ser soçobra no seu buraco negro, privado de suas conexões e das simpatias que o fazem viver. (PELBART, 2006, s/p.).

A “solidão povoada” é uma opção, mesmo dentro das contenções e necessidades de sobrevivência, mas, uma opção. É aquilo que se espera dessa profissão docente e de pesquisador, desse trabalho, dessa forma de existir, apesar de que, no início, ninguém nos adverte ou orienta sobre esses ossos do ofício. É fato que, apesar dos movimentos meio aleatórios e quase ao acaso de encontros físicos e de contato com lugares e climas

específicos, precisamos nos encontrar conosco mesmo na solidão compartilhada com outros através de encontros de outra ordem, por exemplo, através de imagens, de ideias ou de escritas.

É uma solidão que nos auxilia na cura de nossos piores males. É nessa solidão que nos saciamos com alguma vitalidade encontrada em nosso corpo. A busca por uma saúde mesmo no mais terrível sofrimento. Foi esse um dos recursos de Nietzsche, por exemplo, que o ajudou a suportar a doença e a experimentar formas de pleno bem-estar consigo. Mas, não apenas isso, não somente uma forma de se encontrar consigo em busca de cura, trata-se de uma perspectiva de vida, tão somente. Tal como Nietzsche refere no Aforismo 625 do seu *Humano, demasiado humano*:

Pessoas solitárias. – Existem pessoas tão habituadas a estar só consigo mesmas, que não se comparam absolutamente com outras, mas, com disposição alegre e serena, em boas conversas consigo e até mesmo sorrisos, continuam tecendo sua vida-monólogo. Se as levarmos a se comparar com outras, tendem a uma cismadora subestimação de si mesmas: de modo que devem ser obrigadas a *reaprender* com os outros uma opinião boa e justa sobre si: e também dessa opinião aprendida quererão deduzir e rebaixar alguma coisa. – Portanto, devemos conceder a certos indivíduos a solidão e não ser tolos a ponto de lastimá-los, como frequentemente sucede. (2012, p. 263).

Esses que vivem sós sem experimentar a dor de um solitário. Um contentar-se consigo sem nenhum tipo de narcisismo ou de bastar-se a si próprio – autossuficiência arrogante -, mas uma forma de amor próprio a ponto de não buscar qualquer companhia simplesmente para não se estar só. Ou, reservar-se ao direito de escolher suas companhias e o quando querê-las, da mesma forma, não se lastimar por estar só, mas aceitar ou tornar-se digno de sua solidão como Acontecimento, reconciliar-se consigo mesmo.

Outro modo de experimentar o estar-só é menos poético que uma “solidão povoada” e talvez seja a forma mais frequente a que a sociedade vive atualmente. Os indivíduos nem sempre optam por estarem sós e, muito frequentemente estão fisicamente ao lado de várias pessoas em quase toda parte: no trabalho, nos restaurantes, nas instituições de ensino e até mesmo em suas casas com seus familiares... geralmente, essas pessoas anseiam por companhia, mas, experimentam uma *solidão rodeada*, solitários em meio à multidão.

Eu lembro que, **na escola**, era onde eu costumava chorar, quase todo dia. As pessoas me perguntavam o que estava acontecendo, mas a maioria delas não queria uma resposta sincera, e sim uma resposta satisfatória. (Diário de Regiane Martins, filha do Sr. Rudson Martins). (Grifo meu).

As convenções sociais nos obrigam a dizer “bom dia!”, “como está?”, assim como dizemos “sinto muito” a um familiar de um estranho, em seu velório, sem sentirmos nada. Assimilamos e imitamos movimentos humanos, no entanto, às vezes a vida parece correr demais, tão rápida que nossa emoção parece não acompanhar os ritmos das relações, os ritmos dos outros corpos. São os atropelamentos das emoções que nos arrasam quando nosso corpo não se encontra com o outro.

Na escola há adolescentes, como a Regiane Martins, que acompanham o sofrimento de seus pais na luta contra uma doença para a qual já não há mais cura; há crianças que são aliciadas, violentadas e estupradas - na maioria das vezes por seus próprios familiares e em seus próprios lares; outras que nem fazem suas refeições antes de sair de casa; há pessoas – de toda idade – que são atravessadas pela morte de algum ente querido e há até outras que passam por problemas de saúde que constantemente as afligem e lhes tiram a paz. E todos os dias essas crianças, jovens e adultos estão na escola, nas universidades tentando acompanhar o fluxo frenético do cotidiano. Estão acompanhados de estudantes, professores e até de estranhos, mas estão quase sempre sozinhos, são de fato, solitários rodeados de multidão.

Esse corpo doente, adoentado, entristecido, faminto e estuprado que perambula pela escola entre a multidão não faz parte dos currículos escolares, das aulas dos professores, quando muito, são direcionados para o Serviço de Orientação Educacional e ao psicólogo da escola quando esta dispõe desse profissional, o que é raro entre nós.

O corpo não é apenas um conjunto de órgãos, é também o terreno da sensibilidade, da emoção, como nos diz Cordeiro (2012, p. 46), corpo “é o afeto, a percepção, que percebe, sente a si mesmo (corpo) como vida que brota imediata, gratuita, silenciosa, inútil”. Talvez a escola seria um dos espaços mais propícios para fazer um corpo livre, para respeitar os seus limites e para potencializar as suas forças. A escola poderia ser essa espécie de templo que maximiza as forças corporais e pode imortalizar o corpo, mais uma vez, é Nietzsche quem diz isso com perfeição:

O corpo humano, no qual tanto o passado mais longínquo quanto o mais próximo de todo o devir orgânico torna-se de novo vivo e corporal, por meio do qual, sobre o qual e para além do qual parece fluir uma torrente imensa e inaudível: o corpo é um pensamento mais espantoso do que a antiga “alma”. (2011b, p. 332).

Esse corpo deseja outro, deseja trocas de experiências, sente-se carente de companhia. Não raro, esse corpo esvaziado que vagueia entre tantos outros pede socorro. Trata-se, portanto, de uma solidão que não é oriunda de uma escolha, mas uma *solidão rodeada* que pesa sobre o corpo como resultado do ritmo frenético da cotidianidade contemporânea, da sociedade de distância corporal desenvolvida pelo avanço das tecnologias, mas, sobretudo, da indiferença com que tratamos nossos “próximos”.

Além da “solidão povoada” e da solidão rodeada há mais uma forma de viver só: trata-se do que denomino, no momento, de *solidão miserável*. É a condição daquele que está só em sua própria desventura. Da dúvida em meio à esperança chega-se ao sentimento de certeza de que sua dor e doença são só suas.

Aquele que padece de alguma patologia incurável e que se encontra no estágio que os médicos designam de “estado terminal” ou “estado paliativo”, passa por um novo aprendizado, mas um aprendizado quase involuntário, aprender a conviver com a solidão. Trata-se de uma solidão muito especial, pois, geralmente – inclusive por aquele espírito de rebanho³⁷ que cultivamos ao qual me referi quando tratei da “solidão povoada” – as pessoas de sensibilidade se aproximam dos doentes desenganados e lhe prestam sua solidariedade. Todavia, em estágios mais intensos de propagação da doença, o corpo só deseja essa solidão imensa, esse encontro ininterrupto consigo mesmo e, nesse encontro, não há espaço para um povoamento, até Deus, para os mais crentes, fica além da porta do quarto do doente.

³⁷ Em A genealogia da moral, Nietzsche nos adverte sobre esse espírito de rebanho, como uma espécie de herança das religiões, sobretudo do cristianismo. Em suas palavras: “Por esta ‘vontade de mutualidade’, por esta formação de rebanhos, de ‘comunidades’, de ‘cenáculos’, embora em menor força deve-se considerar uma vontade de potência; a formação de rebanhos é, na luta com a depressão, um importante progresso, uma vitória. O crescimento da comunidade frutifica no indivíduo um interesse novo que o aparta de seu desgosto pessoal, da sua aversão à sua própria pessoa... Todos os doentes e mórbidos aspiram instintivamente de dentro de uma vontade de livrar-se daquela má vontade atordoante e o sentimento de fraqueza, a organizar-se em rebanho; o sacerdote ascético adivinha este instinto e alenta-o; onde há rebanho é o instinto de fraqueza que o guia e a habilidade do sacerdote que organiza”. (NIETZSCHE, 2011a, p. 129).

Imediatamente, associamos o humor do paciente em estado terminal a um transtorno depressivo e, de fato, isso ocorre, no entanto, a depressão não contempla a complexidade do processo de não-afetação do corpo e de sua necessidade de distância, de seu desejo de recolhimento. A depressão, conforme MANSUR e DUARTE (2008, s/p),

De forma geral, descreve um estado de humor caracterizado por tristeza e/ou apatia, independentemente de sua causa ou duração. É muito comum que alguns pacientes denominem como depressão estados de tristeza ou luto; essa dúvida atinge também boa parte dos médicos. No entanto, para que se configure um transtorno depressivo são necessárias características e critérios clínicos que vão além de simplesmente tristeza e desinteresse³⁸.

Essas características, são sintomas, apenas sintomas, mas a depressão é, aquém e além dessas manifestações, o momento de maior lucidez que um indivíduo pode destilar³⁹. Não há nenhuma desculpa, justificativa ou máscara para o que seu corpo experimenta. Por mais que a família esconda ou negue que a doença não pode mais ser revertida ou curada, o doente sabe de tudo, embora não domine o conhecimento médico, é seu corpo que se metamorfoseia. Por mais leigo que seja o paciente, com a progressão da doença, não há como subestimar o conhecimento que ele tem sobre seu próprio corpo:

Minha mãe sabia de tudo, sabia que seus momentos estavam indo embora. Não suportava pegar o espelho para olhar o seu rosto, era muito duro... Já não conseguia escrever no seu caderninho de anotações, pegava o telefone, eu ficava de 1 a 2 duas horas conversando com ela, fazendo perguntas, falando do meu dia, perguntando como foi o dia dela, nada, nada de resposta. Em todas essas horas, ela só fazia um gesto, hum, hum, hum! Um gesto... Eu pensei: minha mãe não suporta mais... não suporta o mundo, as pessoas... voltava para a sua cama e lá ficava até alguém passar, perguntar alguma coisa... o rosto sempre baixo. Eu pensei: pode ser um quadro de depressão... depois pensando, não era. Minha mãe queria uma reconciliação consigo, com a sua doença... (Relato de Sophia Andréas sobre sua mãe Francisca Andréas).

³⁸ As características e critérios aos quais os autores se referem são: 1) humor deprimido na maior parte do dia; 2) diminuição do interesse e do prazer em todas ou quase todas as atividades; 3) perda ou ganho importante do peso, mesmo sem alguma dieta; 4) insônia ou hipersonia; 5) retardo ou agitação psicomotora; 6) fadiga ou perda da energia; 7) sentimento de inutilidade, desvalorização de si ou culpa excessiva; 8) dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões e; 9) pensamento/desejo de morte recorrente; ideação, planejamento ou tentativa de suicídio. Deve-se observar se tais sintomas ocorrem quase todos os dias.

³⁹ Na sessão intitulada “Da Finitude da Vida Orgânica: A Morte como Acontecimento” voltarei a falar sobre a depressão, dessa vez, usando Espinosa.

Nesses momentos de águas cristalinas o corpo se encolhe e recolhe semelhante ao personagem de Kafka (2010) em *A metamorfose* – Gregor Samsa - que, na sua condição de intransmutabilidade, ou seja, de impossibilidade de voltar a sua forma humana procura algum abrigo e conforto se espremendo embaixo do sofá. Assim é, também, o que o doente experimenta: um outro corpo ou o avesso de si mesmo, uma metamorfose.

No dia em que foi internado com dificuldades de respirar... minha mãe me informou que ele tinha começado a usar fralda geriátrica, para evitar que se levantasse para ir ao banheiro muitas vezes e se cansasse. Pensei o quanto aquilo deveria ter sido cruel para o meu pai, o quanto deve ter ferido profundamente sua dignidade. Um homem forte, acostumado a trabalhar arduamente e agora tendo que usar fraldas: “*olha só que ponto eu cheguei, voltei a ser bebê!*”. Ele me falou neste mesmo dia. (Relato de Mariana Galvão sobre seu pai Moacir Galvão - Grifo meu).

Não é só depressão é o distanciamento mais necessário porque é a imposição do próprio corpo, um descontentamento com o mundo, mas com um certo prazer de redução dos movimentos, uma economia das forças, uma autoridade muda que comunica sua surdez a esse mundo e que evita ser ainda mais afetado por outros corpos, por vozes, ruídos, mensagens, imagens... deseja-se, simplesmente, ficar só.

Talvez essa vontade de solidão se assemelhe à fórmula “Prefereria não” de Bartleby – personagem de Melville e “revirado” por Deleuze – que sempre a repete toda vez que seu patrão lhe dá alguma ordem ou lhe pede para copiar algum documento. Sobre essa expressão de Bartleby, Deleuze diz o seguinte:

A fórmula aniquila “copiar”, a única referência em relação à qual algo poderia ser ou não ser preferido. *Eu preferiria nada a algo: **não uma vontade de nada, mas o crescimento de um nada de vontade.*** Bartleby ganhou o direito de sobreviver, isto é, de permanecer imóvel e de pé diante de uma parede cega. Pura passividade paciente, como diria Blanchot. (DELEUZE, 2011b, p. 94). (Os grifos em negrito são meus).

Um *crescimento de um nada de vontade*, é justamente isso, uma diminuição da vontade, o decréscimo ou atrofiamento da vontade até chegar em seu grau 0. Mesmo assim, trata-se de uma conquista, um profundo direito a nenhum movimento brusco, nenhuma condescendência, nenhuma reverência às convenções instituídas pela sociedade, nenhum dever.

Uma *solidão miserável*, não apenas porque se sabe solitário em sua doença, ciente de que a doença é só sua e incompartilhável, mas também pela miserabilidade das forças⁴⁰, pura *economia de si*.

⁴⁰ Voltarei a esse assunto, ou seja, sobre a economia das forças, quando tratar mais adiante do corpo esgotado.

4. CORPOS QUE SE METAMORFOSEIAM: CORPO “ESGOTADO”, CORPO “CANSADO”, CORPO APAZIGUADO

Senhor Rudson Martins entrou na sala de calção e sandálias, um corpo magro e abatido. É um senhor branco, com poucos cabelos, por conta do tratamento, tinha uma sonda no abdômen (pela qual se alimenta) e um rolo de papel-toalha nas mãos. Sempre que falava precisava expelir e enxugar a saliva. Quando sentei ao seu lado pude sentir um odor muito forte que exalava de sua boca⁴¹. (Fragmentos de minhas observações).

O que é mais importante na vida? Quais são as suas prioridades? O que vale a pena ser vivido? Que controle efetivo temos sobre a vida? Como é possível que um corpo doente/sofrido pela dor, cave para si espaços e fragmentos de saúde para sustentar a própria vida? O que a medicina não diz sobre a não-eficiência do corpo devastado pela doença que, em súbitos movimentos de gozo de saúde, reativa a sua vivacidade? Nem todas essas são questões específicas desta pesquisa, mas, todas movimentam o pensamento neste trabalho. Quando adentramos o meio nebuloso e conflituoso entre vida e morte, e mesmo com um arsenal de técnicas e teorias, não há como esquivar-se ou manter-se neutro - de alguma forma somos afetados – pois o nosso corpo é atravessado por esses grandes acontecimentos, acontecimentos esses que são extremos e que parecem se situar em pontos geográficos opostos – corpo do paciente e corpo do pesquisador - mas que afetam e impactam ambos os corpos.

Um corpo, biológico e orgânico, tem suas debilidades. Com o processo de um tratamento doloroso e com o tirocínio da doença o corpo naturalmente se esgota. O que quer um corpo nesse estágio? Um pensamento determinista ou fatalista poderia responder: a morte. Todavia, um corpo esgotado deseja intensamente a vida, e só chama a morte como sua última reconciliação com a vida.

Um corpo fétido, magro, com tumores e ferimentos expostos e, com laudo do exame de biópsia positivo para o câncer, é fadado ao óbito. A ciência confirma o diagnóstico e, a partir de então, faz-se o que é necessário para uma sobrevida com o mínimo de dor possível e outros procedimentos como o cirúrgico para minimizar o sofrimento do paciente. O paciente geralmente passa a ser visto como mais um número

⁴¹ Foi difícil aguentar aquele odor, até porque eu estava de estômago vazio, mas entendi que isso fazia parte do meu trabalho e precisava me adaptar. Com o decorrer da conversa fui me incomodando cada vez menos com esse odor, mas ainda hoje (um dia depois) ainda sou capaz de senti-lo. (Fragmentos de minhas observações).

dentre o total de pessoas afetadas, como mais um caso a ser tratado pelo hospital e, sob tal visão, entra nas estatísticas e na contabilidade do Estado⁴².

Meu objetivo nesta sessão é compreender o que é um “corpo esgotado”, distingui-lo de um “corpo cansado” e providenciar outra forma de compreensão para o estágio do corpo do paciente terminal, quando este se encontra em sua tênue proximidade da morte.

O termo esgotado imediatamente nos conduz ao esgotamento, ou seja, ao desvio ou ao esvair-se de todas as forças, portanto, um corpo que não produz, que se destitui da vontade de viver e, finalmente, à ausência de potência, um corpo impotente ou, um corpo despotencializado.

Na verdade, não é bem esse o sentido do “esgotado” para Deleuze. Vulgarmente confundimos o esgotado com o cansado e, por conta das experimentações do nosso próprio corpo, por vezes pensamos que o esgotado é o último grau do cansaço, ou seja, quando o corpo já estourou quase todas as suas forças e precisa de um tempo e de um repouso para se recompor. Daí que, para seres como nós, que vivemos a colocar nosso corpo sob os riscos da fadiga e da saturação (com acúmulo de tarefas e, sobretudo, por muitas horas ininterruptas de estudo), comumente chegamos ao ponto que os médicos classificam como “esgotamento físico-mental”.

Mas, para Deleuze, o cansado é aquele que “não dispõe mais de qualquer possibilidade (subjativa) – não pode, portanto, realizar a mínima possibilidade (objetiva). Mas esta permanece, porque nunca se realiza todo o possível; ele é até mesmo criado à medida que é realizado” (2010a, p. 67). O cansado experimenta o

⁴² No dia 20 de maio de 2014, ao acompanhar o paciente Carlos Nobre ao hospital, sua filha me pediu para entrar no consultório. Já estávamos esperando duas horas e meia. Ela levava todos os resultados dos exames para a cirurgia (câncer do lábio inferior). O médico cumprimentou rapidamente o paciente, o qual se sentou, a sua filha e eu ficamos de pé. Ele pediu os exames, ela os entregou. O médico devolveu o laudo da biópsia dizendo que esse ele já tinha visto. Olhou rapidamente os resultados e foi como se estivesse vendo o próprio paciente. Ali, naqueles exames, ele viu toda a vida e o fim do Sr. Carlos Nobre. Disse que tinha dado um pouco de anemia, que o paciente deveria tomar sangue, que ia pedir a sua internação e que poderia tomar o sangue quando já estivesse internado. Não tinha o bloco de guia para o pedido, saiu e pediu a sua assistente. Voltou. A filha do Sr. Carlos Nobre perguntou se tinha dado diabetes porque todos os irmãos do seu pai tinham essa doença. O médico olhou novamente os exames e disse que não. Preencheu a guia de internação, assinou, entregou. Disse para que procurasse a assistente social para dar entrada nos documentos. Perguntei se havia alguma orientação para o período pré-operatório, disse que não, apenas se alimentar bem. Saímos. O Sr. Carlos Nobre, com o polegar levantado, ainda disse: “Obrigado, doutor”. O médico disse: “De nada. Boa sorte”. Tudo não demorou mais de cinco minutos. (Fragmentos de minhas observações)

cansaço de uma vida que o expõe a uma rotina fatigante e é essa vida que o cansado precisa movimentar dia após dia. Em determinado momento, o corpo sente que não é possível – momentaneamente – executar as tarefas, as atividades e os exercícios de que precisa para manter a própria vida.

Como frisei anteriormente, esse cansaço é apenas temporário, desta feita, o corpo cansado precisa tão somente de repouso para, em seguida, fazer tudo de novo, quantas vezes forem necessárias. Ora, nem tudo foi realizado, nem tudo foi feito, ainda é possível fazer mais e a sociedade sempre quer mais. A sociedade é insaciável. É uma máquina consumidora de força, sugadora de energia humana. Trabalha-se para trabalhar mais, estuda-se para se estudar mais, come-se para comer mais, bebe-se para beber mais, compra-se para comprar mais e assim até o último dia de vida.

“O cansado apenas esgotou a realização” (DELEUZE, 2010a, p. 67), precisou dar uma pausa no seu que-fazer, não pode fazer, mas ele ainda não esgotou o possível. Ele apenas “não pode mais realizar” (Idem) o que precisava ou o que pensava que tinha que realizar. Mas isso que considerou como necessário a ser realizado, com certeza o fará assim que se restabelecer desse cansaço, dessa fadiga que o faz interromper o movimento. Nem mesmo nessa freada o corpo se desconecta de tudo aquilo que lhe exigem e é por isso que, mesmo deitado, o corpo está a maquirar sobre o que não pôde ser feito hoje, sobre o que ainda falta “completar”, sobre o que fará amanhã, ou depois de amanhã ou quando acabar ou amenizar o cansaço. O cansado sobrevive porque realiza o possível e, como diz Deleuze, “nunca se realiza todo o possível” (DELEUZE, 2010a, p. 67).

O “esgotado” é de outra natureza. Usando as obras de Beckett como inspiração, Deleuze procura as “séries exaustivas” de seus personagens, ou seja, as combinatórias que tais personagens usam para se movimentar ou não se movimentar e, assim, extrai uma compreensão surpreendente sobre o esgotado. Para ele:

Apenas o esgotado pode esgotar o possível, pois renunciou a toda necessidade, preferência, finalidade ou significação. Apenas o esgotado é bastante desinteressado, bastante escrupuloso. Ele é forçado a substituir os projetos por tabelas e programas sem sentido. O que conta para ele é em que ordem fazer o que deve e segundo quais combinações fazer duas coisas ao mesmo tempo, quando ainda necessário, só por fazer. A grande contribuição de Beckett à lógica é mostrar que o esgotamento (exaustividade) exige um certo

esgotamento fisiológico, mais ou menos como Nietzsche mostrava que o ideal científico exige uma espécie de degenerescência vital... (DELEUZE, 2010a, p. 71 - Grifos do autor).

Portanto, uma forma de existência que ainda considera as necessidades básicas ou fisiológicas e que, mesmo sem vontade, continua a maquirar. Aparentemente desconectado, o corpo acompanha tudo a sua volta, ainda há força vital e, talvez possa dizer: o corpo ainda produz. Se seguirmos Deleuze e acompanharmos Nietzsche perceberemos que é nesse estágio ou nesse modo de vida que o corpo mais produz, pelo menos ao que se refere ao corpo do filósofo:

De modo análogo ao do viajante que planeja acordar numa determinada hora e tranquilamente se entrega ao sono: assim nós, filósofos, ficando doentes, nos sujeitamos à doença de corpo e alma por algum tempo – como que fechamos os olhos para nós mesmos. E, tal como ele sabe que alguma coisa *não* dorme, que algo conta as horas e o despertará, também sabemos nós que o momento decisivo nos encontrará despertados – que alguma coisa saltará e surpreenderá o espírito *em flagrante*, quero dizer, em fraqueza, recuo, rendição, endurecimento, ensombrecimento ou como quer que se chamem os estados doentes do espírito, que em dias saudáveis têm contra si o *orgulho* do espírito. (NIETZSCHE, 2011c, p. 11 - Grifos do autor).

Há uma atenção flutuante que não deixa o indivíduo se dissociar totalmente do mundo. Nos momentos mais endurecidos, o corpo até se deixa entrar numa calma, numa espécie de dormência, no entanto, há sempre a expectativa ou a possibilidade de um salto, as grandes criações dos filósofos surgem dessa cartada do espírito de quem não se entrega por completo à exaustividade do corpo.

Retomando Deleuze, embora o corpo faça *só por fazer* ele ainda acredita ou percebe *quando ainda é necessário* fazer. O que fascina nesse conceito é que o esgotado participa de uma situação na qual ele “renuncia” - e é bem essa a palavra que Deleuze usa – “a qualquer ordem de preferência e a qualquer objetivo, a qualquer significação” (2010a, p. 67). Como seria possível viver como esgotado em uma sociedade que nos obriga a ter objetivos, estabelecer prioridades, a “escolher”, a significar as coisas, as pessoas e as emoções? De certo que há de se considerar que, na verdade, tais objetivos, preferências e significações participam de uma maquinaria do desejo que, não necessariamente, condizem com uma suposta independência ou autonomia do indivíduo, em outros termos, esse ponto conduz a uma teoria do sentido que, com a ajuda de Deleuze, articularei à vida do paciente terminal em páginas posteriores. Por

hora, o que quero ressaltar é que, o fascínio que o esgotado exerce sobre nós é, paradoxalmente, a possibilidade de esgotar o possível, ou seja, de se aproximar do impossível.

Não se trata de passividade, um corpo esgotado não é paciente de outrem, apesar de renunciar à lógica que comumente movimenta os corpos em sociedade não se ausenta totalmente da existência. É produtivo e sua produtividade vai até à exaustão e, mesmo na exaustividade continua a funcionar, continua a pensar, continua a fazer os movimentos mínimos de subsistência, embora não obedeça a ordem pré-estabelecida ou que se configurou como a ordem “certa” de laborar, ou seja, a ordem correta de executar as funções.

Com o esgotado a finalidade da vida com a qual nos acostumamos a conviver parece perder todo o sentido, mas não se trata de passividade – como já referi, nem, tampouco, da interrupção momentânea da finalidade como no caso do cansado. Como nos diz Deleuze, “não se é passivo: está-se em atividade, mas para nada. Estava-se cansado de alguma coisa, mas esgotado de nada” (Idem, p. 69). Porque o “tudo” que se nos apresentou era demasiadamente esgotante.

Apenas para esclarecimento, essa teoria de Deleuze foi criada para o teatro, para a literatura e para as obras que foram posteriormente televisionadas. Foi a forma encontrada para criar a imagem do esgotado e, assim, Deleuze se refere a “*língua I*”⁴³, em Beckett, a língua atômica, disjuntiva, recortada, retalhada, em que a enumeração substitui as proposições, e as relações combinatórias, as relações sintáticas: uma língua dos nomes” (DELEUZE, 2010a, p. 75). Esgotar o possível da linguagem das palavras (língua I) seria criar uma metalinguagem em que as palavras correspondessem imediatamente aos seus significados *a priori*, uma identidade entre as palavras e as coisas até explodir com o possível, isto é, que “as palavras não mais remetam o possível a uma realização, mas deem ao possível uma realidade que lhe seja própria, precisamente esgotável, ‘minimamente menor, não mais direcionada para a inexistência como o infinito para zero’” (Idem,).

No entanto, ou melhor, para complementar esse esgotamento das palavras seria preciso esgotar as próprias palavras, daí que os sons também deveriam ser capazes de

⁴³ Grifo meu.

exaurir o possível, com isso surge a necessidade de se criar “uma outra metalinguagem” (DELEUZE, 2010a, p. 76), desta vez a linguagem das vozes, o que o autor chama de “*língua II*” que, “para esgotar o possível, é preciso remeter os *possibilia* (objetos ou ‘coisas’) às palavras que os designam por disjunções inclusas, no âmbito de uma combinatória. Para esgotar as palavras, é preciso remetê-las aos Outros que as pronunciam, ou melhor, que as emitem, as secretam, seguindo fluxos que às vezes se misturam e às vezes se distinguem”. (Idem,).

Esses “Outros” são o próprio mundo possível da linguagem. São os Outros com suas vozes emitidas de forma forte, fraca e mesmo quando silenciam que produzem a realidade, são eles mesmos que constituem a sua história. “Os Outros só têm a realidade que suas vozes lhes dão, em seus mundos possíveis”. (Idem, p. 77). Novamente Deleuze diz que é “preciso enfrentar o problema das séries exaustivas, mesmo se arriscando a cair numa ‘aporia’” (Idem, Ibidem), um exercício de falar desses Outros sem atravessá-los e nem ser atravessado por eles, ou seja, sem se inserir na série. Como providenciar uma espécie de silêncio sem aniquilar o Outro e, mesmo assim, esgotar toda a possibilidade que a voz institui. A língua I, ou seja, a língua das palavras “procede mais por átomos combináveis” (Idem, p. 76), ou seja, correspondente às séries disjuntivas, no entanto, a língua II procede por:

Fluxos misturáveis. As vozes são as ondas ou os fluxos que dirigem e distribuem os corpúsculos linguísticos. Quando se esgota o possível com palavras, abrem-se e racham-se átomos, quando as próprias palavras são esgotadas, interrompem-se os fluxos. Desde de *L’Innommable*, é esse problema de eliminar as palavras que domina: um verdadeiro silêncio, não um simples cansaço de falar, pois “não se trata absolutamente de fazer silêncio, é preciso ver também o tipo de silêncio que se faz...” Qual seria a última palavra, e como reconhecê-la? (DELEUZE, 2010a, p. 76).

Interrupção dos fluxos, vozes silenciadas, um tipo de silêncio que diz mais do que se emitisse algum tipo de som, como supracitado, não por cansaço de falar, mas por esgotar o preenchimento do som. Segundo Deleuze, “a aporia terá solução caso se considere que o limite da série não está no infinito dos termos, mas talvez em qualquer lugar, entre dois termos, entre duas vozes ou variações da voz, no fluxo, já atingido bem antes que se saiba que a série esgotou-se, bem antes que se compreenda que, há muito, não há mais possível, não há mais história”. (Idem, p. 78).

Há, ainda, a “*língua III*” para finalizar a figura do esgotado que é a própria imagem. A língua III remete aos “limites imanentes que não cessam de se deslocar, hiatos, buracos ou rasgões, dos quais não se daria conta, atribuindo-os ao simples cansaço, se eles não crescessem de uma vez, de maneira a acolher alguma coisa que vem de fora ou de outro lugar”. (DELEUZE, 2010a, p. 79).

A imagem é mais imediata que os objetos enumeráveis e combináveis da língua I e do que a voz emitida da língua II e, a ela cumpre se desvencilhar de todas as amarras dessas duas línguas. Como criar uma imagem pura sem os rastros de um todo da série (“imaginação combinatória ‘manchada de razão’”) da língua I, e sem as histórias e lembranças (“imaginação manchada de memória”) da língua II? (DELEUZE, Idem).

Para Deleuze, criar uma imagem pura é muito difícil, pois se trata de um processo e não de um objeto. Quando se acaba de dizer que se criou uma imagem, imediatamente ela já se dissipou. Ao mesmo tempo em que a imagem é o recurso que se usa como tentativa de se desvencilhar da sobrecarga de histórias, lembranças e cálculos da língua I e da língua II, ela não se desconecta totalmente de ambas línguas, por isso o autor chama as imagens de “sonantes” e “colorantes”. Pois, “é preciso que a imagem pura se insira na linguagem, nos nomes e nas vozes. Às vezes será no silêncio, por um silêncio comum, no momento em que as vozes parecem ter se calado. Mas às vezes também será pelo sinal de um termo indutor, na corrente da voz, Bing⁴⁴” (Idem, p. 81)⁴⁵.

A imagem, apesar de ainda atrelada aos sons e às palavras, é o “de-fora da linguagem”. Diz-se isso porque é possível compor uma imagem a partir de sons e de palavras, contanto que se mantenha sua forma, ou seja, que se constitua uma imagem e não apenas um enunciado ou um artifício sonoro. De todo modo, a imagem não é o único procedimento da língua III, esta também incorpora o espaço e, “do mesmo modo que a imagem deve ter acesso ao indefinido, mesmo sendo completamente determinada,

⁴⁴ Por Bing, Deleuze se refere ao som que “desencadeia um murmúrio ou um silêncio frequentemente acompanhado de uma imagem”. (2010a, p. 81). Cf. nota de rodapé.

⁴⁵ Deleuze demonstra a “combinação especial” que faz com que a língua III possa “reunir as palavras e as vozes às imagens”, então, vejamos: “a língua I era a dos romances, culminando com *Watt*; a língua II traça caminhos múltiplos através dos romances (*L’Innommable*), impregna o teatro, impõe-se na rádio. Mas a língua III, nascida no romance (*Comment c’est*), atravessando o teatro (*Oh les beaux jours*, *Actes sans paroles*, *Catastrophe*), encontra na televisão o segredo de sua reunião, uma voz pré-gravada para uma imagem que a cada vez toma forma. Há uma especificidade da obra-televisão”. (DELEUZE, 2010a, p. 82 - Grifos do autor).

o espaço deve ser sempre um espaço qualquer, sem função, ou que perdeu a função, embora seja, em termos geométricos, totalmente determinado” (DELEUZE, 2010a, p. 83).

O espaço pode ser mensurado, estreitado e expandido, mas é o local onde os corpos se mexem, andam, enfim, se movimentam. Os personagens ou os corpos esgotam o espaço assim como a imagem que “se sustenta no vazio fora do espaço, mas também à distância das palavras, das histórias e das lembranças, armazena uma fantástica energia potencial que ela detona ao se dissipar”. (Idem, p. 84). O espaço visto como um lugar qualquer que pode ser totalmente percorrido investe mais uma forma de esgotamento, ou seja, “esgotar as potencialidades de um espaço qualquer” (Idem, Ibidem).

Com a inclusão do espaço na língua III, juntamente com a imagem, Deleuze finaliza a composição dos “quatro modos de esgotar o possível” que são: “formar séries *exaustivas* de coisas, *estancar* os fluxos de voz, *extenuar* as potencialidades do espaço e *dissipar* a potência da imagem”. (Idem, p. 86). (Grifos meus). Para Deleuze:

O esgotado é o exaustivo, o estancado, o extenuado, o dissipado. Os dois últimos modos unem-se na língua III, língua das imagens e dos espaços. Ela permanece em relação com a linguagem, mas se ergue ou se estira em seus buracos, seus desvios ou seus silêncios. Ora ela opera em silêncio, ora serve-se de uma voz gravada que a apresenta e, bem mais que isso, força as palavras a se tornarem imagem, movimento, canção, poema. Ela nasce, sem dúvida, nos romances e nas novelas, passa pelo teatro, mas é na televisão que conclui sua operação, distinta das duas primeiras. (DELEUZE, 2010a, p. 87).

O esgotado é, para Deleuze, um personagem ou um corpo que providencia outros modos de vida que não aqueles já instituídos. O corpo esgotado, diferentemente do corpo cansado, recusa-se a obedecer aos objetivos e às finalidades da sociedade, aos comandos quase mecânicos que movem a quase todos e em todos os dias. Mas é esgotado porque, mesmo sentado⁴⁶, preenche todos os espaços, enrola a língua com palavras que fundem todos os sentidos mais conhecidos da linguagem, ouve todos os sons com muita nitidez e, ele próprio é a imagem que quis projetar de si. Como o esgotado que se esgotou de tudo, mas que desenvolveu uma forma de autoconservação,

⁴⁶ Conforme Deleuze: “o esgotado continua sentado à escrivaninha, ‘cabeça inclinada apoiando-se nas mãos’, mãos na mesa e cabeça nas mãos, cabeça rente à mesa. Postura do esgotado, que *Nacht und Träume* retoma, desdobrando” (2010a, p. 73).

um modo de não se tornar um fim. Alguém que, mesmo exaurido, mantém-se atento e produtivo. Ele não morre, pelo menos na literatura, no teatro e na televisão.

Esse conceito é muito produtivo para pensar os modos de vida dos pacientes terminais. Há um momento na vida desses pacientes que, em sintonia com o conceito de solidão miserável exposto na sessão anterior, embora pareça semelhante ao conceito de esgotado, é, por certo, muito diferente.

Hoje, eu acordei cansada não dormi direito, mas mesmo cansada fiz todos os meus afazeres domésticos, cuidei do meu marido, **mesmo ele não falando**, ele evita para não doer a língua, eu converso bastante com ele. (Diário de D. Maria Martins, 16 de maio de 2014).

O Rudson está tão **desanimado**, às vezes ele quer desistir de viver. (Diário de D. Maria Martins, 28 de maio de 2014).

As dores do Rudson estão mais frequentes e mais forte, todos os dias nós temos que ir ao Joaquim Severo⁴⁷, mas ele acorda tão cansado, **ele não dorme bem à noite, às vezes nem dorme**, troca a noite pelo dia. (Diário de D. Maria Martins, 29 de maio de 2014).

Eis um corpo desanimado, que não fala, que não come e que não dorme. Não é um corpo esgotado. É um corpo que experimenta uma espécie de letargia, com certeza ainda captura os sons, mas não sente que ainda seja necessário fazer algo e que não faz por fazer. Um corpo que esgotou o possível, mas que ainda não o impossível. É realmente paradoxal: esgotou o possível, porque sabe que seu mal patológico não tem cura, sente que a morte se avizinha, mas, embora a medicina e a maioria das pessoas pensem que é impossível viver desse jeito, ele continua vivo.

Esse corpo inventa uma forma de resistência à morte. Para a manutenção da vida, experimenta uma economia de si, um tipo de prudência voluntária. De certo que é mesmo um apropriar-se de si em toda a sua potência:

Eu lembro que a minha mãe não queria mais falar, poxa, se ela não queria mais falar, então ela resolveu não falar, só dizia “hum, hum”. Eu ligava pra ela e, ao telefone, eu fazia várias perguntas, mas ela só dizia “hum, hum”. Acho que ela procurava arrumar força de alguma maneira para continuar vivendo. (Relato de Sophia Andréas sobre sua mãe Francisca Andréas).

Esse corpo não fala, não somente porque suas funções orgânicas o impedem ou porque simplesmente cansou-se das convenções e obrigações do mundo. Não fala

⁴⁷ Nome fictício para hospital que D. Maria Martins menciona.

porque achou uma forma de autoconservação que sabe momentânea, circunscrita à situação de vida próxima à morte.

Não posso dizer que o corpo em tais circunstâncias esteja experimentando uma “vontade de nada” ou “esgotado de nada”, como no “esgotado” de Deleuze (2010a, p. 69), mas que, voluntariamente, ele não quer se conectar, não quer movimentar nenhum encontro com outros indivíduos.

O conceito de utilidade tomado por Spinoza, leva-nos a pensar sobre a capacidade de o corpo afetar e ser afetado, ou seja, de que é “útil” e “bom” tudo aquilo que é capaz de promover essas afecções. Na quarta parte de sua “Ética”, “A servidão humana ou a força dos afetos”, na demonstração da Proposição 39, ele nos diz o seguinte:

Demonstração: O corpo humano precisa, para se conservar, de muitos outros corpos [...]. Ora, o que constitui a forma do corpo humano consiste em que as suas partes transmitem entre si os seus movimentos segundo uma proporção definida [...]. Logo, aquilo que faz com que se conserve a proporção entre movimento e repouso que as partes do corpo humano têm entre si conserva a forma desse corpo e faz, conseqüentemente, com que [...] ele possa ser afetado e que possa afetar os corpos exteriores de muitas maneiras e é, por isso [...], bom. Por outro lado, aquilo que faz com que as partes do corpo humano adquiram, entre si, outra proporção entre movimento e repouso, também faz [...] com que esse corpo assuma outra forma; isto é [...] faz com que o corpo humano seja destruído e, conseqüentemente, que se torne inteiramente incapaz de poder ser afetado de muitas maneiras; e é, portanto [...], mau. (SPINOZA, 2013, p. 313)⁴⁸.

De fato, o corpo precisa de outros corpos, o encontro de um corpo com outros corpos pode aumentar ou diminuir suas capacidades conectivas, ou seja, aumentar ou diminuir sua potência⁴⁹. É verdade que, segundo a Proposição 38 (SPINOZA, 2013, p.

⁴⁸ Suprimi em colchetes todas as menções que o autor faz quanto às proposições e definições anteriores ou posteriores constantes em seu texto às quais ele remete o leitor.

⁴⁹ Silva (2007) também nos ajuda a compreender esse conceito de utilidade de Spinoza falando dos encontros, para ela: “Os encontros com os corpos podem ser ocasião de novas conexões, favorecendo o desenvolvimento de suas faculdades, a expressão de sua potência. Mas podem igualmente diminuir sua capacidade conectiva, ocasionando um recrudescimento de sua potência... A utilidade, manifestamente, encontra-se no primeiro desses pólos e se traduz numa ampliação da gama das coisas de que um corpo é capaz, tendo como correlato um desenvolvimento simultâneo da mente, conforme a proposição 38 da quarta parte da Ética e sua demonstração, na qual Espinosa aborda o desenvolvimento concomitante do modo segundo os dois atributos, vinculando a utilidade ao aumento das capacidades da mente”. (SILVA, 2007, p. 201).

311)⁵⁰, aquilo que dispõe o corpo humano e que o torna capaz de afetar e ser afetado só pode vir a contribuir para a intensidade de sua vitalidade e que, o inverso também pode acontecer, ou seja, de que o corpo seja afetado ou acometido por algo que diminua aquela intensidade. Sem dúvida, a doença que acomete o paciente terminal não é “útil” nem “bom” e pode reduzir, extremamente, essa capacidade de afetar e ser afetado. Em se tratando do corpo do doente terminal no momento ao qual estou tratando, isto é, de experimentação de um estado de letargia, cabe a mim perguntar: é ele quem diminui sua potência de afetar e ser afetado? São os outros corpos que diminuem ou extinguem sua capacidade de afetar e ser afetado por esse corpo terminal?

Para o corpo que, por falta de outra inspiração, nomeio de corpo *apaziguado*, não é que os outros corpos, ao entrar em contato, queiram ou possam diminuir sua potência. Esses outros corpos despotencializaram-se de conectar e de afetar. Mas eles se despotencializaram porque o corpo apaziguado assim o quis.

Todavia, durante minhas conversas com os pacientes e com familiares desses pacientes e dos familiares que acompanharam um familiar terminal até a morte, vi que esses outros corpos são muito mais afetados pelo corpo apaziguado do que este por aqueles. Ou seja, o corpo que é acometido por um “mau”, que sofre uma debilidade e uma degeneração orgânica, torna-se mais potente na afecção de outros corpos e tão mais potente na arte de não se deixar afetar por outrem. A pesquisa não é sobre mim, mas não posso me furtar a dizer que meu próprio corpo foi afetado por esses corpos apaziguados. Senti uma dor que não era minha.

É obvio que tenho alguma consciência de que posso estar entrando num beco sem saída ou numa aporia, já que as conexões e os encontros, como esses nomes já sugerem, são relações e que, portanto, não podem ser tratadas como uma via de mão única. Na esteira de Espinosa, o próprio Deleuze já nos disse:

Eis o que é prodigioso tanto no corpo como no espírito: esses conjuntos de partes vivas que se compõem e decompõem segundo leis complexas. A ordem das causas é então uma ordem de composição e de decomposição de relações que afeta infinitamente toda a natureza.

⁵⁰ A Proposição 38 diz o seguinte: É útil ao homem aquilo que dispõe o seu corpo a poder ser afetado de muitas maneiras, ou que o torna capaz de afetar de muitas maneiras os corpos exteriores, e é tanto mais útil quanto mais torna o corpo humano capaz de ser afetado e de afetar os outros corpos de muitas maneiras. E, inversamente, é nocivo aquilo que torna o corpo menos capaz disso”. (SPINOZA, 2013, p. 311).

Mas nós, como seres conscientes, recolhemos apenas os *efeitos* dessas composições e decomposições: sentimos *alegria* quando um corpo se encontra com o nosso e com ele se compõe, quando uma ideia se encontra com a nossa alma e com ela se compõe; inversamente, sentimos *tristeza* quando um corpo ou uma ideia ameaçam nossa própria coerência. Encontramo-nos numa tal situação que recolhemos apenas “o que acontece” ao nosso corpo, “o que acontece” à nossa alma, quer dizer, o efeito de um corpo sobre o nosso, o efeito de uma ideia sobre a nossa. (DELEUZE, 2002, p. 25 - Grifos do autor).

Pois não posso negar que o corpo apaziguado ainda pode e se deixa afetar por outros, no entanto, em sua situação de solidão miserável, ele seleciona por quem e quando se quer afetado. Esse corpo apaziguado resiste. Suas afecções involuntárias são somente a doença e a morte. Voluntariamente decide quem pode penetra-lo em sua vasta degeneração. Vejo essa possibilidade claramente nas palavras de Deleuze que se seguem à citação anterior e que as cito abaixo:

Mas o que é o nosso corpo sob a sua própria relação, e nossa alma sob a sua própria relação, e os outros corpos e as outras almas e ideias sob suas relações respectivas, e as regras segundo as quais todas essas relações se compõem e decompõem – nada sabemos disso tudo na ordem de nosso conhecimento e de nossa consciência. Em suma, as condições em que conhecemos as coisas e tomamos consciência de nós mesmos condenam-nos a *ter apenas ideias inadequadas*, confusas e mutiladas, efeitos distintos de suas próprias causas. (DELEUZE, 2002, p. 25 - Grifos do autor).

A doença, em seus estados terminais, afeta o corpo de forma devastadora, porém, o corpo apaziguado constrói para si uma forma de se conectar à doença. E, não importando as similitudes na classificação das doenças pela medicina (mesmo tipo de câncer, ou órgão ou parte do corpo afetado, por exemplos) essa conexão é única. E, mais uma vez, se o corpo apaziguado encontra formas singulares de não-querer-ser-afetado por outros corpos, isso não pode ser tomado simplesmente como “mau”. Muito ao contrário, ele descobriu uma outra potência de seu próprio corpo, de auto-conservação, de invenção de um outro tegumento, um exercício de viver na superfície guardando para si a sensação de estar protegido e não ser atingido por outros corpos, cria uma espécie de pele de interceptação de outros corpos. Nós, que achamos que gozamos de toda saúde, normalmente não conseguimos sequer ignorar aqueles que são nossos desafetos.

Talvez David Lapoujade (2011), tenha razão ao suspeitar que deveríamos procurar uma outra acepção de potência para o corpo, que não a do agir, pois, segundo

ele, “é desde sempre que o corpo não aguenta mais” (Idem, p. 02). Talvez seja possível criar uma compreensão de potência que se exerça mesmo na aparente inércia.

O corpo apaziguado que por vezes chega ao extremo desse “não-aguento-mais” providencia uma auto-imposição de não-sentir. Uma dessensibilização profunda como forma de criação de uma couraça que veste o tegumento de modo a impedir que o corpo sofra todos os abalos causados pelas relações, pelos constrangimentos, pelos desafetos, pelos abandonos do Estado e da família, pelos infortúnios da doença, enfim, pela dor que a própria vida pode causar.

O corpo apaziguado não está na mesma relação “do estado do sono profundo”, criticado por Nietzsche, no qual os crentes acreditam que a “alma eleva-se fora deste corpo, entra na mais alta região da luz, e assim se apresenta na sua verdadeira forma” (NIETZSCHE, 2011 (a), p. 127). O corpo apaziguado, assim como o corpo esgotado, não é passivo, mas experimenta uma lentidão que o fortalece em sua manutenção vital.

Em seus movimentos de lentidão, embora nem sempre possa movimentar as forças para a produção, o corpo apaziguado ainda exercita a potência de aceitação ou rejeição de outros corpos. Aplaca e pacifica seu desejo de ser afetado, mas continua afetando os corpos que lhe rodeiam.

O corpo apaziguado, doente, podre, quase sem vida, corpo disciplinado pela dor, pela doença e sua possível terminalidade vai produzindo suas linhas, linhas que podem ser frágeis, que pedem o silêncio - povoado de vozes, de palavras e de lembranças de sua própria vida. O corpo apaziguado se permite uma outra relação com o novo corpo que se formou e se tornou.

O doente, suicidado pelo diagnóstico médico, já em sua forma de corpo apaziguado, quer ter o direito de experimentar as mais alucinantes, conflitantes e paradoxais expectativas; como a de duvidar da doença, de desejar a cura, de ficar a sua espera. Há toda uma agitação interior, que permite uma sensibilidade das coisas, daquilo que aparentemente não era visto, sentido, percebido, tocado, mesmo que se negue a determinadas ações práticas, como comer, falar, urinar e defecar.

Há sim, por meio do corpo apaziguado, não um valor de representação da ciência, porque esse corpo já não deseja isso, queria mesmo era a liberdade, a negação

de todo um tratamento com exames, filas para espera de médico, remédios com hora para ser tomado. O corpo apaziguado, por momentos, deseja negar o controle médico. Então, por momentos, horas, esse corpo fabula consigo mesmo, fabula com sua saúde, com sua vida, com sua repentina e fugaz melhora. Há todo um estado de espírito que ronda esse corpo que, mesmo definhando providencia uma especial resistência. Há até a necessidade de um puro desconhecimento que pode fomentar uma intolerância, de nada desejar em sua volta. Há também um repúdio da escória comum, do palavreado doméstico, da vida cotidiana... uma exigência do não banal. Certamente alguma coisa foi suicidada, mas que fez do corpo doente tomar outra volta para si, outro caminho... O que fala o silêncio de um corpo doente?

Corpos apaziguados, momentos ou estrias de tempo de apaziguamento, estados de interceptação de vozes e de movimentos de outros corpos, criação de revestimentos corporais contra outras afecções além da doença, composição de mecanismos de invulnerabilidade para si e para um corpo já tão vulnerável a outras doenças e efeitos colaterais de medicamentos e de tratamentos de choque. São procedimentos múltiplos de não-proceder, de não-aceitação de intervenção alheia em seu próprio corpo. São formas diferenciadas que cada paciente terminal providencia para si em tempos indeterminados, são movimentos de solidões miseráveis que vão, que vêm, que se estabilizam por um punhado de tempo e que, aparentemente sem mais nem menos, voltam a se dissipar, voltam a vazar. Cada um destila esses tempos aos seus próprios modos, por isso é que não é possível estratificar esses corpos e tempos vivenciados em “estágios” fixos e homogêneos, são múltiplos estados singulares.

Então, até que ponto o corpo doente, sobretudo na forma de apaziguado, sente mesmo necessidade da morte, mesmo já estando em sua presença? Ele sente dor das abdições, das renúncias, do encontro obtuso com a doença que não apresenta escape. Só o fato de permitir para si tal compreensão, já revela uma lucidez sobre a beleza e a plenitude da vida.

Esse corpo apaziguado que se apoia nos outros, na confiança que ainda deposita nesses outros, na esperança de seus familiares, é um corpo encolhido, que ora rasteja, que ora sossega, mas que, contraditoriamente paradoxalmente, reconcilia-se com sua doença. Sabe que sua morte se aproxima, apesar disso, ou justamente por essa relação

tão especial que criou com sua doença, o corpo apaziguado ainda resiste à morte, não apenas por uma resistência orgânica, mas porque conserva seu desejo de viver.

5. DA FINITUDE DA VIDA ORGÂNICA: A MORTE COMO ACONTECIMENTO

Aí quando, eu fiquei com ele... eu queria ficar pra vida toda, sabe? Nunca quis me separar dele, nunca, nunca, nunca. Aí, vem essa doença agora... pra por em risco, sabe, tudo isso... Não queria perder ele, tão longe das minhas filhas... não queria. Assim, eu não nasci pra viver com outra pessoa, eu queria viver com ele. **Aí, quando eu penso assim que ele pode morrer**, sabe... diz assim pra mim, “Maria, tu tem que ser realista, colocar o pé no chão, se preparar para as coisas piores”. Mas eu não tô preparada pra isso, eu não tô. Fico muito desesperada, sabe, quando eu vejo ele ruim assim... Eu não sei o que que eu vou fazer da minha vida. Com as minhas filhas, com tudo, sabe. Não tava preparada pra isso. Nunca ninguém separou a gente, sabe?... “Ah, tu tem que ser forte”, o que é forte? Fico me perguntando, o que é ser forte? O que é ser fraco? Não tem medida. (pausa)⁵¹. (Sra. Maria Martins, esposa do Sr. Rudson Martins em 21 de maio de 2014).

Como se encerra uma vida? Uma vida se encerra? Em alguns estágios iniciais de uma doença incurável, o medo mais aterrorizante que se tem é o da morte. A ideia de proximidade da morte, a iminência dela, para a maioria das pessoas, é mais devastadora do que a própria morte. Como uma das poucas certezas de que temos – a fatalidade – ainda assusta. É como se ninguém nunca quisesse morrer.

Espero ter deixado suficientemente claro que este trabalho acadêmico não é sobre a morte, e sim, sobre a vida que ainda pulsa no corpo do paciente terminal. É por isso que tratarei, nesta sessão, da morte, porque ela faz parte desse corpo que teima em viver. A morte é mais uma das dimensões do corpo atravessado pela doença e pela saúde. A morte é a companheira mais presente dos temores do paciente e a inimiga mais poderosa em sua luta e é por isso que essa luta se torna tão única e especial, porque se está lutando contra a probabilidade quase certa de um fato biológico, ou seja, uma guerra com múltiplos *rounds* em que cada batalha ganha – mesmo que contrarie o veredito médico – é a mais pura prova da resistência e da potência do paciente que deseja intensamente a vida.

⁵¹ D. Maria ainda estava chorando. Valéria Martins (sua filha) também estava chorando. Sr. Rudson estava triste. (Fragmentos de minhas anotações).

Mesmo não podendo mais se alimentar via oral, mesmo com dificuldade na dicção e sabendo que, após a cirurgia, não poderia mais falar, Sr. Rudson demonstrava essa teimosa vontade de viver.

Mas, no que depender de mim, eu não vou morrer por essa doença não, não vou mesmo. Eu tenho muita confiança que vai dá tudo certo, se precisar lutar eu luto, mas vou viver, né, vou viver, vou continuar vivendo. (Sr. Rudson Martins, encontro do dia 30 de abril de 2014).

Parece não haver sentido atravessar toda a vida temendo ou fugindo da morte, mas a própria morte é o acontecimento único que faz todo o sentido. Caso nunca morrêssemos, se ninguém morresse, o próprio planeta definharia. Provavelmente não existiria tecnologia capaz de reproduzir forças vitais para fazer viver a todos. Somente a ficção cinematográfica é capaz de imaginar um planeta autossustentável para todos com a ausência da morte.

Mesmo sabendo que a morte nos acompanha, a educação que vivenciamos na escola, nas universidades e nos hospitais nos distanciam dela. O ensino de ciências procura um modo “natural” e asséptico para a morte, como um fato biológico, tão natural quanto o nascimento, no entanto, ao se deparar com corpos mortos de entes queridos ou com indivíduos que vivenciam a morte de alguém próximo nem sempre sabem lidar com esse “fenômeno” sem recorrer às explicações sobrenaturais. A religião, embora não contenha a objetividade tão primada pela ciência moderna, é quem acaba providenciando algum consolo para aqueles que perdem amigos e familiares queridos, tomando a morte como uma passagem para uma outra forma de existência, para uma vida espiritual e, dessa forma, não morreríamos nunca.

Philippe Ariès (2014) em uma de suas célebres obras, “O homem diante da morte”, recorrendo aos romances, às pinturas e aos documentos da Idade Média, faz-nos viajar pelas inúmeras mudanças que a sociedade ocidental, sobretudo na Europa, imprimiu aos rituais de preparação para a morte, das exigências e dos roteiros para os funerais e dos costumes que circunscreviam o luto dos familiares. Sua obra nos apresenta aos pressentimentos, aos sonhos e a suas respectivas interpretações sobre aquele que imaginava o momento e o modo como faleceria até a assepsia total dos

odores e das secreções purulentas dos corpos doentes em decomposição ao serem destinados ao hospital como lugar autorizado a cuidar do corpo até a morte⁵².

A sociedade assimilou todos esses rituais e orientações do Cristianismo, mesmo que, no início, tenha havido uma corrupção desses costumes por homens que não pertenciam ao clero. Como Ariès (2014) assinala seu interesse por esse tema: “a originalidade da alta Idade Média está no fato da aristocracia cavaleiresca ter imposto as imagens das culturas populares e orais a uma sociedade de clérigos letrados, herdeiros e restauradores da Antiguidade erudita” (p. 05).

Até o século XI havia pelo menos duas posturas diante da morte, segundo Philippe Ariès (2014), uma que concebia uma certa continuidade entre vivos e mortos, “unidos na terra e na eternidade, evocada aos domingos nas orações da homilia” (p. 212), postura essa condizente com a maioria da população laica da Europa e, outra, pertencente ao clero, que manifestava cerimônias mais individualizadas sob os templos como uma sociedade mais fechada. Até então, a Igreja intervinha nos ritos da morte somente para absolver, ato que se dava antes da morte, e para a “absoute póstuma”. Todavia, a partir do século XIII a morte se torna imensamente abraçada pela Igreja, como nos diz Ariès (2014, p. 212), “a morte vai ser ‘clericalizada’ durante muito tempo”.

Conforme a escritura desse autor, a morte sempre foi um evento social e público que afetava a vida das pessoas, não apenas da família do morto, mas de toda a coletividade próxima. Havia um resguardo mais severo que modificava a vida dos vilarejos: as cortinas do quarto do moribundo deveriam ser fechadas; na casa sempre se ascendiam velas e se respingavam água benta, os sinos da igreja tocavam durante o cortejo, avisos de luto eram afixados nas portas após a morte; missas eram celebradas e a porta da frente da casa estava sempre aberta para que parentes, amigos ou simplesmente conhecidos fossem visitar a família enlutada. Somos herdeiros de muitos desses costumes que ainda teimam em se manifestar, mesmo sob a frenética rotina das sociedades atuais. Salvo o tom saudoso e a confiança de Ariès de que a tradição acerca da maioria dos costumes na hora e depois da morte ainda está longe de acabar, vale a

⁵² Segundo Ariès, “a morte escondida no hospital, que começou muito timidamente nos anos 1930 e 1940... se generalizou a partir de 1950”. (2014, p. 769).

pena citá-lo, para assinalar posteriormente as mudanças que, por muito tempo ocorreram de forma bastante lenta:

Todas as mudanças que modificaram a atitude diante da morte, durante um milênio, não alteraram essa imagem fundamental, nem a relação permanente entre a morte e a sociedade, pois a morte foi sempre um fato social e público. Ela assim permaneceu até hoje, em vastas áreas do Ocidente latino, e não é certo que esse modelo tradicional esteja condenado a desaparecer. Contudo, já não possui o caráter de generalidade absoluta que já tivera, fossem quais fossem a religião e a cultura. Uma forma absolutamente nova de morrer surgiu durante o século XX, em algumas das zonas mais industrializadas, urbanizadas e tecnicamente adiantadas do mundo ocidental – e, sem dúvida, estamos presenciando apenas os seus primórdios. (ARIÈS, 2014, p. 756).

Embora por um milênio, as mudanças tenham sido muito lentas, Ariès assinala que na contemporaneidade, as sociedades vivenciam uma rapidez nas mudanças que envolvem a morte, ou seja, as pessoas estão mais “conscientes” e informadas sobre a morte como um fato quase banal e corriqueiro e, ao mesmo tempo, não há mais uma “pausa” para esse fato. A vida em sociedade parece transcorrer “na cidade como se ninguém morresse mais”. (ARIÈS, 2014, p. 756)⁵³.

Penso que não é a morte que se tornou banal, mas a vida. Todas as convenções sociais se transformaram por inúmeros episódios e acontecimentos próprios do aumento populacional, da corrida diária por um nível de subsistência mais digno, pelos avanços da ciência e da tecnologia em todos os setores e, muito mais que um simples resultado do modo exacerbado do capitalismo, constrói-se uma gestão da vida em que o paradoxo

⁵³ Um parêntese acerca dessa questão: Benjamin (1994), tecendo as diferenças entre a narrativa e a informação, percebe essas transformações acerca do episódio da morte e a toma como a “autoridade” que se encontra na base da narrativa. Em suas palavras: “Durante o século XIX, a sociedade burguesa produziu, com as instituições higiênicas e sociais, privadas e públicas, um efeito colateral que inconscientemente talvez tivesse sido seu objetivo principal: permitir aos homens evitarem o espetáculo da morte. Morrer era antes um episódio público na vida do indivíduo, e seu caráter era altamente exemplar: recordem-se as imagens da Idade Média, nas quais o leito de morte se transforma num trono em direção ao qual se precipita o povo, através das portas escancaradas. Hoje, a morte é cada vez mais expulsa do universo dos vivos. Antes não havia uma só casa e quase nenhum quarto em que não tivesse morrido alguém... Hoje, os burgueses vivem em espaços depurados de qualquer morte e, quando chegar sua hora, serão depositados por seus herdeiros em sanatórios e hospitais. Ora, é no momento da morte que o saber e a sabedoria do homem e, sobretudo sua existência vivida – e é dessa substância que são feitas as histórias – assumem pela primeira vez uma forma transmissível. Assim como no interior do agonizante desfilam inúmeras imagens – visões de si mesmo, nas quais ele se havia encontrado sem se dar conta disso -, assim o inesquecível aflora de repente em seus gestos e olhares, conferindo a tudo o que lhe diz respeito aquela autoridade que mesmo um pobre-diabo possui ao morrer, para os vivos em seu redor. Na origem da narrativa está essa autoridade”. (BENJAMIM, 1994, p. 207 – Disponível em: <<https://cadernodematerias.files.wordpress.com/2012/03/o-narrador-walter-benjamin.pdf>>. Acesso em: 31/08/2015).

subsiste entre a manutenção e desejo da longevidade e à aparente ignorância da brevidade da morte.

A destituição da sentimentalidade demorada pela ausência do morto não se dá pela falta de amor, mas porque a própria vida em toda a sua corrida frenética nos tempos atuais não permite a “perda de tempo”. O mundo não para até que os vivos se recuperem da morte de alguém que amaram. As indústrias não param de produzir, as maternidades não param de processar os partos e as funerárias não param de enterrar os mortos. A mesma engrenagem econômica que movimenta a vida também processa a morte. Nas escolas, por exemplo, o máximo que os professores, orientadores e demais profissionais da educação fazem é providenciar, via requerimento, a prorrogação dos prazos para avaliações de segunda chamada e justificar as faltas por um período relativamente curto.

A mulher e as duas filhas do Sr. Rudson Martins retornaram as suas atividades normais, dois dias após o seu falecimento. Os próprios enlutados se sentem obrigados a continuar, inclusive como uma estratégia para ocupar a mente e o corpo. Nos trechos de uma entrevista abaixo, conseguimos perceber o esforço das três para processar uma continuidade em meio a ruptura de suas vidas provocada pela morte do Sr. Rudson:

Regiane Martins⁵⁴: É. aí ela falou comigo⁵⁵, não sei o que, aí o pessoal vinha falar comigo dizendo que eu “tava” até bem, pra quem tinha perdido o pai, não sei o que, a dois dias... que eles achavam que eu ia tá pior...

D. Maria Martins⁵⁶: Com dois dias a gente voltou, sabe...

E⁵⁷: Mas você estava pior?

Regiane: Estava péssima...

Valéria Martins⁵⁸: A gente voltou porque ficar aqui acho que era pior “pra” gente... a gente falou, “bora” mãe, “bora” começar a ir, sair assim... sair de casa...

D. Maria: Eu também, eu fui com dois dias trabalhar também, só Deus sabe... (Trechos do Encontro do dia 17 de maio de 2015).

Não sabemos até que ponto esse é o tempo que o mundo e a vida da sociedade urbana e industrializada impõem aos sobreviventes ou se é o tempo que os vivos se impõem para dar continuidade as suas vidas. Quem pode dizer ao certo se seria mais

⁵⁴ Regiane Martins, nome fictício. A filha caçula, com 14 anos quando o Sr. Rudson faleceu.

⁵⁵ Regiane está se referindo à única professora de sua escola que sabia que seu pai estava doente e que viera a falecer.

⁵⁶ A viúva do Sr. Rudson.

⁵⁷ Sou eu perguntando à Regiane como ela estava se sentindo no primeiro dia que retornou às aulas.

⁵⁸ Valéria Martins, nome fictício, a filha mais velha do casal. Na época da morte do pai tinha 17 anos.

brando ou confortável ficar em casa ou fazer outras coisas por mais tempo ou apressar-se em retornar a rotina? Voltar ao trabalho e à escola rapidamente, tentando suprimir as lágrimas, chorando às escondidas, remendando os pedaços que se soltam no caminho... isso é ser forte? Imitar os movimentos dos vivos para se sentir com vida é a mais alta inspiração suscitada pelo instinto de sobrevivência? Um medo de ser atropelado pela própria vida que não para enquanto o indivíduo providencia seus remendos? Medo de ser tomado como um fraco? Não existe “ou”, isto é, alternativas, parece existir só “e...” e “e...”, sempre.

Não há fórmulas para superar uma dor, ou a dor de uma perda. Cada um processa suas estratégias de conciliação com o fato biológico mais certo que existe: a morte.

A gente nunca supera uma perda, eu acho, a gente só aprende a lidar com ela, assim na nossa vida, entendeu? Lidar, saber que tu vai chegar na tua casa e não vai mais ver a pessoa... que tem certos programas que tu fazias... que essa pessoa sempre tava ali, não vai existir mais... tipo assim, eu o papai a gente sempre gostou de comer sanduiche, sempre, sempre, sempre, sanduiche, sanduiche, aí a gente chegava de noite passava no José⁵⁹ a gente comprava um monte de coisas a gente fazia, ele dizia, “filha faz um pra mim de três andares...!”, olha como ele era magro né? Mas ele gostava. Aí a gente fazia, a gente ficava comendo, ficava conversando, eu e ele, é uma coisa assim que eu fico pensando que eu não tenho mais, entendeu?... Tipo essas coisas assim, entendeu? A gente ia no Central⁶⁰, ficava de mão dada lá, a mamãe dizia “Vocês já estavam né, namorando?”, que ela falava assim... um com outro... (Valéria Martins, encontro em 17 de maio de 2015).

Mas é justamente o problema da “perda” que rodeia todas essas tristezas da vida. Achar que se perdeu alguém, porque acreditava que se tinha esse alguém. Contudo, a vida do outro não nos pertence e não temos nenhum poder sobre a morte quando ela teima em acontecer. Também não podemos ignorar que nós mesmos pereceremos e que, talvez, dependendo do que fizemos com nossa própria vida e com os outros, alguém ou várias pessoas sentirão a nossa partida. A morte nos constitui enquanto seres vivos.

na tentativa incessante de aliviar os sofrimentos, o homem moderno afastou-se do contato com experiências fundamentais de sua

⁵⁹ Nome fictício para um grande supermercado de Belém.

⁶⁰ Outro grande supermercado da cidade, também com nome fictício.

humanidade. A morte faz parte da vida e, contraditoriamente, a estética asséptica que tenta varrer a morte para os bastidores da vida acaba por ter um resultado macabro que fragiliza a própria vida. (CZERESNIA, 2012, p. 21).

A cessação da vida está em sua própria superfície. Vivemos com a morte à flor da pele, sempre. Pelo nível de “desenvolvimento” ao qual chegamos e com suas consequências sociais e culturais – violência, guerras, assassinatos, intolerâncias, acidentes de trânsito, etc – não nos impressionamos profundamente com os números de mortes nas estatísticas dos noticiários, transformamos a morte num evento não apenas biologicamente presumível, mas cotidianamente comum. Estamos processando uma dessensibilização sobre a morte, de modo que somente nos entristecemos quando ela acontece muito próxima a nós. Sobre isso, é notável como o jornalismo consegue, às vezes, dar uma cartada de mestre para sensibilizar a população. Recordo-me dos apelos dos governos e da mídia para que a população do Rio de Janeiro tomasse os cuidados necessários para evitar a propagação do mosquito da dengue (*Aedes aegypti*). Por dias consecutivos, um noticiário televisivo anunciava o número de óbitos diários causados pela doença, esses números não diminuía, pelo contrário, continuavam a aumentar. O jornal exibiu então, a foto de algumas das vítimas, sobretudo crianças, com informações sobre as mesmas através da escrita e da leitura consternada do apresentador âncora do jornal. Essas informações incluíam: o nome do morto, a idade, o nível de escolaridade ou a série e nível que cursava, os sonhos, dentre outras informações. A comoção foi atingida e as campanhas contra o mosquito foram intensificadas⁶¹.

⁶¹ Janine Cardoso, responsável por uma pesquisa sobre as relações entre saúde e mídia, intitulada, “Entre vítimas e cidadãos: sofrimento e política nas narrativas do Jornal Nacional sobre as epidemias de dengue – 1986-2008, incluiu a reportagem a qual me refiro, e deu a seguinte análise em uma entrevista à Graça Portela no site do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT: “Um dos exemplos mais fortes foi uma matéria do *JN*, com mais de 10 minutos, exibida em 25 de março 2008, incluindo pequenas reportagens, de um minuto, dedicadas a quatro vítimas (uma adolescente, duas crianças e um bebê). Embora todas as vítimas fossem pobres e morassem em favelas ou na periferia do Rio de Janeiro, o que áudio e vídeo destacavam era o quanto eram felizes, bons filhos e boas filhas, esforçados. A denúncia não era que viviam em condições precárias, sem acesso aos serviços médicos de qualidade, mas das vidas interrompidas pela irresponsabilidade de um outro (o vizinho, o médico...). Essa narrativa convida os telespectadores a se sentirem como iguais às vítimas, mesmo que gozem de outro padrão sócio-econômico e objetivamente tenham muito mais recursos de proteção, porque favorece a sua identificação como vítima potencial de morrer ou sofrer a perda de um ente querido”. (INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE-ICICT. 06/12/2013. Disponível em: <<http://www.iciet.fiocruz.br/content/epidemia-de-dengue-sob-o-olhar-do-jornal-nacional-%C3%A9-tema-de-pesquisa>> Acesso em: 05/06/2015.

Nesse exemplo, ocorreu uma individualização da morte. Já não se tratava mais de números, de uma epidemia com consequência mortal pretensamente inevitável. Tratava-se de seres humanos que tinham uma vida, uma família, que faziam falta para alguém. Indivíduos que, com sua morte, alteravam e impactavam a vida de outras pessoas de modo emocional, financeiro, de continuidade de seus antecipados, dentre outras dimensões.

Essa introdução sobre a finitude da vida me auxilia a retornar à abordagem do corpo do paciente terminal atravessado pela iminência da morte. Eis que, um corpo que foi violentamente afetado por uma doença que atinge o nível de ausência de esperança de cura, experimenta os mais variados tipos de desconforto e de dor. O corpo que se apazigua com a doença que lhe transforma não é imortal. Embora esse corpo se mantenha por tanto tempo, não apenas por sua resistência orgânica, mas pela vontade e pelo desejo de viver, a morte, pouco a pouco lhe invade até o último suspiro. O corpo se exaure e o indivíduo já pressente que está chegando a hora de parar de funcionar.

É, começo de julho ele não falava mais, não tava, ele nem virava o pescoço, acho que estava muito inflamado por dentro... e quando ele queria olhar ele se virava todo o corpo, entendeu? Já estava assim muito complicada a situação dele, em julho assim, que em julho eu e minha irmã ficamos direto com ele, que a mamãe precisava trabalhar, aí a gente ficava com ele aqui... (Valéria Martins, falando do último mês que antecedeu a morte de seu pai. Encontro de 17 de maio de 2015).

Sr. Rudson, mesmo sem falar, sentindo muitas dores e mal podendo mover a cabeça, tentava continuar a sua vida. Estava sentado no sofá, assistindo a um programa esportivo num dia de domingo, 03 de agosto de 2014, quando teve uma hemorragia muito forte e foi levado por sua mulher ao hospital. Seu corpo experimentava uma decomposição diária. Tanto ele quanto a sua família sentia que o processo de sua doença estava avançando rapidamente, principalmente nos dois últimos meses que antecederam sua morte.

Dupla relação de limites: Sr. Rudson via suas forças diminuírem e seus familiares experimentavam os limites de seus próprios corpos impedirem a aproximação física mais estreita que sempre tiveram com o marido e com o pai.

não tava mais dormindo no quarto com ele porque o cheiro não deixava, eu passava vick no meu nariz, mesmo assim, o vick já

não estava mais... eu conseguia sentir todo o cheiro, aí eu disse assim... e ele tossia muito à noite... eu disse, “Rudson tu te incomoda se eu dormir com as meninas no quarto?” Ele falou: “Não, preta”. Porque você tá tossindo muito à noite e eu preciso ir pra oficina, o dia pra mim é comprido então eu tenho que descansar. Aí ele disse: “Não”, ele ainda falava. Aí eu passei a dormir com as meninas... (D. Maria Martins. Encontro do dia 17 de maio de 2015).

Esses limites experienciados pelos acompanhantes e familiares mais próximos do paciente gera uma tortura individual. Difícil conviver com a falta de tolerância do próprio corpo em suportar os odores e as secreções purulentas daquele a quem se tem tanto amor. Todos os sintomas do corpo que vão paulatinamente se degenerando, como as secreções e os odores fortes, são o que Ariès (2014) chama de “promiscuidade da doença”. Com o tempo, nossos sentidos ficaram mais aguçados e refinados de modo que os profissionais de saúde precisam mesmo passar por um processo de adaptação para treinar seus sentidos ao lidarem com pacientes mais graves. Também foi esse o motivo de reservar um lugar mais “apropriado” para os doentes, nas palavras de Ariès:

Quanto mais se avança no século XX, mais essa promiscuidade se torna pesada. Os rápidos progressos do conforto, da intimidade, da higiene pessoal e das ideias de assepsia tornaram todo o mundo mais delicado; sem que nada se possa fazer contra isso, os sentidos já não suportam os odores nem os espetáculos que, ainda no início do século XIX, faziam parte, com o sofrimento e a doença, da rotina diária. As sequelas fisiológicas saíram do cotidiano para passar ao mundo da assepsia e da higiene, da medicina e da mortalidade inicialmente confundidas. Esse mundo tem um modelo exemplar – o hospital e sua disciplina celular. (ARIÈS, 2014, p. 769).

Os familiares geralmente se sentem culpados por esse desconforto, sentem-se envergonhados com o limite do próprio corpo em tolerar as sequelas fisiológicas do corpo do paciente terminal. Assim como o paciente teima em viver, não apenas por si mesmo, mas pelos outros a quem ama, alguns familiares-cuidadores enfrentam suas sensibilidades olfativa e visual e se esforçam para tornar a vida do paciente mais confortável.

Mas não se trata apenas de culpa ou vergonha diante de suas limitações para suportar o convívio com um corpo em decomposição, mas de medo e de insegurança por não se saber como será o seu “fim”. Principalmente quando se trata de uma carga genética, os familiares sabem que correm o risco de chegar ao mesmo estado vivenciado por seu ente querido.

Diante da morte, não importa se o indivíduo é branco ou negro, pobre ou rico, homem ou mulher, heterossexual ou homossexual, letrado ou analfabeto, bonito ou feio, se levou uma vida de serenidade, bons hábitos e generosidade ou se foi um atroz, egoísta e repugnante... não importa. Todos morrerão um dia. Apenas não se sabe como, onde e quando.

Mas se esse é um fato irrefutável e inevitável, ou seja, de que todos morrem ou morrerão, por que no dia a dia parece se ignorar isso? E por que, em algumas situações não se consegue esquecer a morte nem por um segundo? Como é possível conviver com a morte de formas tão diferenciadas, num jogo esquisito de presença-ausência e ausência-sempre-presente? A diferença entre essas duas facetas do jogo é o tempo, é sempre ele.

O tempo linear de nossas vidas, aquele em que tudo parece acontecer, dia após dia, noite após noite parece não sair mais de um *continuum*. Não se precisa ser muito velho para imaginar as festas comemorativas, os períodos de férias, o verão e seus eventos convidativos, as festas de final de ano, as decorações nas fachadas das casas e dos condomínios fechados em cada um desses períodos do ano. Da mesma forma, pensamos que nossa rotina, justamente por ser rotina, processa-se quase da mesma forma: trabalho nos dias úteis, folga aos finais de semana e feriados, café da manhã, almoço e jantar. Dormir e acordar, ir e voltar, voltar e ir, quase todos os dias.

Uma multidão de corpos soberbos por uma tal consciência de um presente incessante, seguros de que estão experimentando a vida em toda a sua potencialidade, recorrendo a uma profundidade quase infinita como sinônimo de sabedoria ou de destilação do real, no sentido de se ter atingido a maturidade ou a sapiência acerca do mundo e da vida. Pode-se dizer que se trata do “Cronos e do devir-louco das profundidades” (DELEUZE, 2011a, p. 170), como tal, esse tempo é limitado e infinito, pois, se essa profundidade esquiva o presente, o faz “com toda a força de um ‘agora’ que opõe *seu* presente tresloucado ao sábio presente da medida” (Idem). São os milésimos de segundos, de minutos, de horas que transcorrem infinitamente sob a marcação do relógio que já dão dicas de que a vida está se expirando, mas que nossas limitações perceptivas não nos deixam enxergar, e se enxergamos é difícil não sermos invadidos por um sentimento depressivo.

Embora não pretenda fazer um ensaio sobre a depressão, mesmo porque esse é um tema que mais compete à psiquiatria ou à psicanálise, uso a imagem do depressivo e, posteriormente, a própria experiência dos pacientes terminais para evidenciar ou fazer entender aquele jogo esquisito sobre a morte entre uma presença-ausência e a ausência-sempre-presente da morte.

De certa forma, perceber o tempo sob a insígnia de Cronos é saudável, uma vez que pensar adequadamente a vida sob um “instante”, como um espectro que pode se dissipar no ar a qualquer momento seria como viver numa espécie de praga depressiva. Um depressivo é considerado doente, no sentido de não-normal, no entanto, ele parece ter a dimensão mais exata da instantaneidade da vida, sua imensa tristeza decorre justamente do medo que tem (e da certeza) de perdê-la, muito embora já esteja perdendo-a de fato, não somente porque a cada dia que vivemos subtraímos um dia de nosso tempo de vida, mas também porque o peso de suas afecções não lhe deixa gozar ou usufruir das belezas da vida.

Talvez o depressivo veja apenas o óbvio, ou seja, a fragilidade da vida, a certeza da morte ou que a vida, na maioria de seus momentos não é aquilo que sempre desejou para si, mas esses lampejos de clareza, ao invés de lhe trazerem conforto e tranquilidade, só trazem angústia e medo, porque essa obviedade não é tomada como necessidade, mas como perda e, portanto, tristeza. É, usando Spinoza (2013), uma “ideia inadequada⁶²” uma vez que impede a mente de agir. Não seria um conhecimento claro e preciso porque o indivíduo, invadido pela tristeza e pela sensação de falta, não consegue sentir com temperança que a vida orgânica necessariamente precisa se esvaír e que a morte, mais cedo ou mais tarde, é inevitável.

A tristeza, para Spinoza (2013), afeta o indivíduo de tal forma que o corpo e a mente experimentam a diminuição ou o refreio de sua potência de agir e, ao contrário, quando esse indivíduo é afetado de alegria há um aumento dessa potência. Vejo que tal compreensão, no entanto, não exclui totalmente a existência da mente, do corpo e da

⁶² Para Spinoza (2013, p. 133-5), o conhecimento inadequado é oriundo da “experiência errática” e dos “signos”: a primeira se refere às “coisas singulares, que os sentidos representam mutilada, confusamente, e sem a ordem própria do intelecto”, e os segundos são exemplificados como quando ouvimos ou lemos “certas palavras, nós nos recordamos das coisas e delas formamos ideias semelhantes àquelas por meio das quais imaginamos as coisas”. Ambos os modos são considerados como “conhecimento de primeiro gênero, opinião ou imaginação”. Todas as ideias inadequadas e confusas surgem desse primeiro gênero de conhecimento o qual “é a única causa de falsidade”. (Cf. a Proposição 41 da Segunda Parte da Ética: A natureza e a origem da mente. 2013, p. 135).

ação, isto é, mesmo sob o poder da tristeza e sendo atingido pelo padecimento a vida ainda pulsa. Talvez por isso Spinoza prefira chamar a alegria e a tristeza de estados ou de passagens: a primeira como passagem do “homem de uma perfeição menor para uma maior” e, a segunda, como “passagem do homem de uma perfeição maior para uma menor” (p. 239). Suas explicações são as seguintes:

Explicação: Digo passagem porque a alegria não é a própria perfeição. Pois se o homem já nascesse com a perfeição à qual passa, ele a possuiria sem ter sido afetado de alegria, o que se percebe mais claramente no afeto da tristeza, que é o seu contrário. Com efeito, ninguém pode negar que a tristeza consiste na passagem para uma perfeição menor e não na perfeição menor em si, pois o homem, à medida que participa de alguma perfeição, não pode se entristecer. Tampouco podemos dizer que a tristeza consiste na privação de uma perfeição maior, pois a privação nada é. A tristeza, entretanto, é um ato que, por isso, não pode ser senão o ato de passar para uma perfeição menor, isto é, o ato pelo qual a potência de agir do homem é diminuída ou refreada (veja-se o esc. da prop. 11⁶³). (SPINOZA, 2013, p. 239-241 - Grifos do autor).

Sem dúvida temos muito o que aprender com esse autor, e Deleuze soube se servir avidamente de sua doutrina, principalmente ao que concerne a nossa ignorância sobre o que é o corpo ou ao que ele pode, assim como o poder das afecções ou dos afetos com os quais ora temos nossa potência maximizada, ora diminuída ou refreada ou, ainda, sobre as intensidades e lentidões do corpo. Mas, minhas intenções com Spinoza não são muito obedientes, haja vista que ele, por certo, desaprovava tomar a morte como uma necessidade. O conhecimento nomeado por ele de “razão e conhecimento de segundo gênero” (Idem, p. 135) que se refere às “noções comuns e ideias adequadas das propriedades das coisas” (op. cit.) providenciaria uma forma de afastar o pensamento sobre a morte.

Spinoza nos diz que esse conhecimento de *segundo gênero* é aquele do “homem livre” que usufrui da razão - diferentemente do “servo” que conduz sua vida somente a partir dos afetos e das opiniões. Esse homem livre, justamente por chegar a uma tal

⁶³ A proposição 11 da Terceira Parte da Ética, “A origem e a natureza dos afetos”, diz o seguinte: “Se uma coisa aumenta ou diminui, estimula ou refreia a potência de agir de nosso corpo, a ideia dessa coisa aumenta ou diminui, estimula ou refreia a potência de pensar de nossa mente”. (SPINOZA, 2013, p. 177). No escólio, o autor acrescenta subdivisões aos afetos da alegria e da tristeza: chama de “excitação” ou “contentamento” quando a alegria se refere ao mesmo tempo ao corpo e à mente; e à tristeza aplica a divisão entre “dor” e “melancolia”. Além disso, associa esses quatro afetos, oriundos da alegria e da tristeza, às partes ou ao todo do corpo: “a excitação e a dor estão referidos ao homem quando uma de suas partes é mais afetada do que as restantes; o contentamento e a melancolia, por outro lado, quando todas as suas partes são igualmente afetadas”. (Idem, p. 177-179).

clareza da razão sobre a morte e, também, pela auto-conservação movida pela *utilidade*, moveria esforços de modo a impedir que o pensamento sobre a morte lhe afetasse de tristeza. É o que ele afirma na Quarta Parte de sua *Ética*, intitulada “A servidão humana ou a força dos afetos”, seguem abaixo a proposição e sua respectiva demonstração:

Proposição 67. Não há nada em que o homem livre pense menos que na sua morte, e sua sabedoria não consiste na meditação da morte, mas da vida.

Demonstração: O homem livre, isto é, aquele que vive exclusivamente segundo o ditame da razão, não se conduz pelo medo da morte (pela prop. 63); em vez disso, deseja diretamente o bem (pelo corol. da mesma prop.⁶⁴), isto é (pela prop. 24⁶⁵), deseja agir, viver, conservar seu ser com base na busca da própria utilidade. Por isso, não há nada em que pense menos que na morte; sua sabedoria consiste, em vez disso, na meditação da vida. (SPINOZA, 2013, p. 343 - Grifos do autor).

A afirmação da vida em Spinoza é, também, um bálsamo para o pensamento tanto de Deleuze quanto para a maioria de seus leitores. De fato, a sabedoria envolve uma certa lucidez a respeito da inevitabilidade da morte e, em certos momentos, até diminui o medo sobre ela, fazendo com que o paciente não se conduza apenas pelo medo, mas sobretudo pela busca da continuidade da vida, principalmente quando se trata de pacientes em estado terminal que já desfrutaram de uma certa longevidade e que, além disso, possuem histórico da doença na família, como se pode ver no trecho da conversa que tive com D. Josiane Cruz e que o cito a seguir:

D. Josiane Cruz: ...Mas o médico lá me disse que foi estagnado né, então... eu estou nas mãos de Deus. Mas aí eu fico porque já tem história da família, meu pai morreu disso, minha irmã morreu disso, duas primas morreram disso.

Eu: Qual era o tipo de câncer deles?

D. Josiane Cruz: Na minha irmã foi no útero e das minhas primas na cabeça... (pausa) então, mas Deus é misericordioso... eu sei que eu já estou na idade, eu estou com 79 anos... (pausa). (D. Josiane Cruz, encontro do dia 26 de abril de 2015).

Apesar da tristeza de D. Josiane Cruz e dos sintomas da doença que lhe diminuem a esperança ela conserva sua tranquilidade e, em alguns momentos, não se

⁶⁴ A proposição 63 diz o seguinte: “Quem se deixa levar pelo medo e faz o bem para evitar o mal não se conduz pela razão”; e, seu Corolário: “Pelo desejo que surge da razão buscamos diretamente o bem e evitamos indiretamente o mal” (SPINOZA, 2013, p. 339).

⁶⁵ A proposição 24 afirma o seguinte: “Agir absolutamente por virtude nada mais é, em nós, do que agir, viver, conservar o seu ser (estas três coisas têm o mesmo significado), sob a condução da razão, e isso de acordo com o princípio de buscar o que é útil para si próprio”. (SPINOZA, 2013, p. 293 - Grifos do autor).

sente aterrorizada pela presença da morte em seus pensamentos diários. Neste caso, a tristeza não diminui a potência do corpo, haja vista que a luta diária de D. Josiane Cruz para conseguir tratamento no Sistema Público de Saúde exige-lhe um fôlego extraordinariamente maior do que o de um atleta olímpico em plena excelência de seu corpo. Sua rotina, quase comparada a de um indigente, obriga-lhe a sair de madrugada de sua casa e retornar à tarde ou no começo da noite. Aos 79 anos, quando não consegue a caridade de algum amigo para levá-la até ao hospital, locomove-se de ônibus, usando fraldas geriátricas, às vezes só com o dinheiro da passagem e sem se alimentar devido a, sobretudo, falta de apetite ou rejeição ao alimento.

Ela sabe que a morte se avizinha, que a doença magoa profundamente o seu corpo minando suas forças. Ela sente tristeza, no entanto, não há aniquilação de sua potência de viver, ao contrário, há uma incrível conservação do poder sobre sua própria existência. Por isso que é difícil associar sua tristeza à depressão, digo mesmo que não é de depressão que se trata, pelo menos não no sentido que lhe atribuímos frequentemente. De forma semelhante, também é inadequado associar a depressão a um estado no qual o indivíduo sofre de um sentimento de luto e de apatia diante da vida, tal como descrito por Mansur e Duarte (2008)⁶⁶.

Deveríamos criar um outro conceito para a experiência diante da morte vivenciada pelos pacientes terminais, um conceito que não remetesse à tristeza como diminuição ou eliminação da potência⁶⁷, que não remetesse à depressão como sombreamento da “consciência” por conta da clareza do indivíduo acerca da iminência da morte e da fugacidade da vida, que também não remetesse ao sentimento de falta quando da proximidade da morte. Um conceito que incorporasse a leveza diante da morte, sem nenhuma conotação depressiva ou depreciativa, que adicionasse a força vital como preenchimento de qualquer lacuna que sugerisse a falta e, ao mesmo tempo, a

⁶⁶ Conferir nesta Tese as considerações de tais autores na Sessão intitulada “As Tantas Solidões do Paciente Terminal: Solidão Povoada, Solidão Rodeada, Solidão Miserável”.

⁶⁷ Digo isso porque, embora Spinoza não defenda que a tristeza cause a eliminação de nossa potência de agir, dá-nos essa impressão quando assegura que o homem sábio não pensa ou pensa pouco sobre a morte. Por correlação, poderíamos sinalizar, então, que o homem que muito pensa na morte não é sábio, mas alguém que ignora ou que se move por “conhecimentos de primeiro gênero”, ou seja, que se deixa mover simplesmente pelos afetos. Na mesma linha de raciocínio, também o depressivo por muito pensar na morte pode ser considerado como um não-sábio e, ao mesmo tempo, um “anormal” para a medicina, sobretudo para a psiquiatria. Mas, como pode ser que alguém que tenha a dimensão mais aproximada sobre a presença constante da morte na vida e de sua inegável acontecimento, assim como a desvanescência da vida, estar sendo conduzido por um conhecimento “errático” ou estar totalmente privado de sua sanidade?

serenidade daqueles que ainda não vão morrer, mas que convivem com a morte em seu espelho próximo. Até o momento, a maior aproximação desse conceito foi efetivada por Nietzsche com a “Grande Saúde”, muito embora alguns de seus autores/leitores apregoem certa confusão entre a lucidez e a loucura em seus últimos escritos, posição esta que certamente não desqualifica a obra de Nietzsche⁶⁸. Mesmo porque, foi ele quem se acautelou e se beneficiou desse conceito de forma altamente produtiva:

Saúde e doença: sejamos cautelosos! O critério permanece a florescência do corpo, a força do salto, a coragem e alegria do espírito – mas, naturalmente também, *quanto de doentio este pode tomar sobre si e levar de vencida* – quanto pode *tornar* saudável. Aquilo em que os homens mais brandos sucumbiriam conta-se entre os meios estimulantes da *grande saúde*. (NIETZSCHE, 2011b, p. 488 - Grifos do autor).

A grande saúde é o que faz ou opera as mutações em Nietzsche, ou melhor, são as experimentações que ele exerce em seu corpo fazendo da doença um poço quase inesgotável de saúde e vitalidade e, da simples saúde, uma forma de não reconhecimento da doença ou de seus benefícios; são movimentos que lhe fazem preservar a vida e que lhe ajudaram a continuar ainda mais produtivo em meio às dores e sofrimentos; uma postura de força e de enfrentamento da doença em prol da potência da vida que o ajudou a chegar à uma lucidez enlouquecida ou de uma loucura lúcida – a isso ele deu o nome de Grande Saúde.

O conceito de grande saúde é altamente inspirador para pensarmos as experiências dos pacientes terminais diante da proximidade da morte, dela que ronda os seus corpos, mas que ainda não se efetivou, dessa ausência-semprer-presente. Nietzsche teve uma relação muito particular com a doença, com a saúde e com a iminência da morte e, certamente, o conceito que ele criou não pode ser “generalizado” para outros indivíduos, uma vez que se trata sempre do outro e não do mesmo, isto é, esse filósofo intempestivo era único assim como cada paciente, pois não se pode postular que uma mulher, anciã, artista, cristã, católica totalmente praticante, sobrevivente do século XXI

⁶⁸ Quanto a isso e a outros três *contra-sensos possíveis* que devem ser evitados quando lemos Nietzsche, Deleuze é taxativo: “Nós, leitores de Nietzsche, devemos evitar quatro contra-sensos possíveis: 1º sobre a vontade de poder (crer que a vontade de poder significa ‘desejo de dominar’ ou ‘querer o poder’); 2º sobre os fortes e os fracos (crer que os mais ‘poderosos’, num regime social, são, por isso, ‘fortes’); 3º sobre o eterno Retorno (crer que se trata de uma velha ideia, retirada dos gregos, dos hindus, dos babilônios...; crer que se trata de um ciclo, ou de um retorno do Mesmo, de um retorno ao mesmo); 4º sobre as últimas obras (crer que estas obras são excessivas ou já desqualificadas pela loucura)”. (DELEUZE, 2009, p. 38).

possa ser igualada a um homem, filósofo, ateu, que deu seu último suspiro em 1900, dentre outras peculiaridades e vice-versa. No entanto, posso extrair desse conceito sua potência instintiva: independente do nome que se possa dar à entidade de onde se retira força – de Deus, da filosofia, do humano ou da natureza – o que importa é que *esse instinto fabrica forças*, que o corpo se transforma numa máquina que se conecta a outras máquinas para produzir um desejo enlouquecido pela vida. Conecta-se a tubos para processar alimentação e à eliminação de excrementos; conecta-se a mãos e braços que lhe oferecem ajuda e sustentação quando esse corpo-máquina já se encontra bastante desgastado; processa qualquer conexão com outros corpos orgânicos e inorgânicos dos quais possa estender a própria vitalidade ou sobrevivência.

É interessante que, nesse momento dos pacientes, de vivência da morte ausente-sempre-presente, o mundo da tecnologia ou das comunidades virtuais não trazem muita sensação de companheirismo para eles. É certo que os pacientes desejam, em alguns momentos, um distanciamento não solitário, uma separação de corpos, mas quando precisam de companhia e de pessoas que realmente conseguem exercitar a solidariedade e a prontidão, as redes sociais, os telefonemas e os e-mails não são suficientes. O contato precisa ser presencial, carnal e relativamente duradouro⁶⁹.

Parece que estou me desviando muito do meu caminho, no entanto, cumpre dizer que os temas da depressão, da tristeza em Spinoza e a grande saúde em Nietzsche, propositalmente servem ao objetivo de introduzir a temática sobre o Aion e, resgatando Cronos, para tratar da ausência da morte sempre-presente e de sua presença-ausente até a sua efetivação. Na verdade, estou experimentando toda a minha ignorância e vacilando nesse tema tão escorregadio: o corpo atravessado pela iminência da morte e para o qual não existe nenhuma verdade indestrutível, aliás, para o qual não deve haver nenhuma verdade subterrânea. São os desvios da escrita que demonstram minha gagueira sobre a morte enquanto tema de estudo e condição da própria vida. As célebres palavras de Deleuze no Prólogo de *Diferença e repetição* (2006a) traduzem toda essa

⁶⁹ Sobre várias formas de composição de comunidade, consultar o livro instigante de Peter Pál Pelbart “Vida capital: ensaios de biopolítica” (2011), principalmente a Parte I: “A vida (em) comum”. Em suas conclusões relembra seu trajeto: “percorremos a comunidade dos celibatários, a comunidade dos sem comunidade, a comunidade negativa, a comunidade ausente, a comunidade inoperante, a comunidade impossível, a comunidade de jogo, a comunidade que vem, a comunidade da singularidade qualquer – nomes diversos para uma figura não fusional, não unitária, não totalizável, não filialista de comunidade...” (p. 41).

imensa e delirante dificuldade que, por isso mesmo, impulsiona-me a continuar escrevendo:

Como escrever senão sobre aquilo que não se sabe ou que sabe mal? É necessariamente neste ponto que imaginamos ter algo a dizer. Só escrevemos na extremidade de nosso próprio saber, nesta ponta extrema que separa nosso saber e nossa ignorância *e que transforma um no outro*. É só deste modo que somos determinados a escrever. Suprir a ignorância é transferir a escrita para depois, ou melhor, torna-la impossível. Talvez tenhamos aí, entre a escrita e a ignorância, uma relação ainda mais ameaçadora que a relação geralmente apontada entre a escrita e a morte, entre a escrita e o silêncio. Falamos, pois, de ciência, mas de uma maneira que, infelizmente, sentimos não ser científica. (DELEUZE, 2006a, p. 18 - Grifos do autor).

Se a ciência se equipara à vida, então é bem científica esta escrita, no entanto, se a ciência mata a multiplicidade que pertence propriamente à vida, então, juntamente com Deleuze, não há nada de científico aqui e não há nada de infelicidade, justamente ao contrário, felizmente perfuramos a ciência, contrastamos e buscamos a diferença dos saberes de modo a alcançar o mínimo possível de vitalidade, mesmo ou até por tratarmos da morte. Tratar de morte quando se morre, abordar a vida quando se vive e escrever sobre a doença quando se adocece, não seria compatível com a reivindicação de uma objetividade dura de uma ciência que busca incessantemente a imortalidade do corpo orgânico.

Tateando o caminho de volta da escrita, a morte está entre e em nós todos os dias, uma presença que, todavia, é anulada, esquecida, colocada na profundidade do tempo (em sintonia com Cronos), sob a inesgotável arrogância dos humanos acerca da pouca valorização de suas próprias vidas e das vidas alheias. No piloto automático de nosso cotidiano pensamos ter o controle remoto do tempo, agimos como se pudéssemos controlá-lo e desdobrá-lo até o infinito, não nos damos conta de nossa fragilidade e de nossa condição de mortais. É por isso que digo que a morte está sempre presente, no entanto, ausente da materialidade de nossas ações e de nossos pensamentos. Temos sobre o tempo de nossa existência apenas um remoto controle. Não confundir essa expressão com *menos* ou *insignificante*, ou ainda, *impotência*. Seria já muito edificante se pudéssemos perceber o quão grandiosa é a vitalidade e a potência de uma vida que se compreende finita, mortal, perecível, breve e, por isso mesmo, incorporada de todo o poder que um corpo possa ser capaz de processar a intensidade de sua própria existência.

Somente o depressivo e o mais lúcido e, ao mesmo tempo, não temeroso, podem perceber essa presença-ausência da morte como uma constante, como uma condição que nos pertence por sermos vivos e suscetíveis à própria morte. O depressivo transforma essa percepção numa quase tragédia ou em um pânico doentio, o lúcido corajoso transforma essa presença-ausência da morte em uma vontade de poder no sentido de valorizar a vida até a sua última gota⁷⁰. Essa loucura do depressivo e a lucidez do corajoso se misturam, amalgamam-se nos mais diversos episódios da vida, pois nem sempre somos corajosos, assim como não nos acovardamos a todo instante. Mas é a vivência do tempo que atravessa todas as formas de compreensão da vida em sua possibilidade de esvaír-se a qualquer momento. É sempre tempo sobre tempo. A vida e a morte arroladas pela “duração” e “contemplação” da eternidade do *Instante* própria ao *Aion*.

Sempre já passado e eternamente ainda por vir, Aion é a verdade eterna do tempo: pura forma vazia do tempo, que se liberou de seu conteúdo corporal presente e por aí desenrolou seu círculo, se alonga em uma reta, talvez tanto mais perigosa, mais labiríntica, mais tortuosa por esta razão – este outro movimento de que falava Marco Aurélio, aquele que não se faz nem no alto nem embaixo, nem circularmente, mas somente à superfície, o movimento da “virtude”... E se há um querer-morrer também deste lado, é de uma maneira bem diferente. (DELEUZE, 2011a, p. 170).

Com certeza Aion se diferencia de Cronos, mas não se trata de ver ambas formas do tempo totalmente dissociadas ou sob uma dualidade fixa. Cronos, como apontei anteriormente e a partir de Deleuze, é o tempo cronológico ligado ao devir louco da profundidade, mas também comporta a *sabedoria da medida*. “O devir-louco da profundidade é pois um mau Cronos que se opõe ao presente vivo do bom Cronos” (DELEUZE, 2011a, p. 168). Cronos se identifica ao “agora” e, embora, adote a sequência linear do tempo entre um antes e um depois ou entre passado, presente e futuro, ele só consegue exprimir isso no presente. Um presente fundamentalmente ligado aos corpos, em sua efetuação e em sua materialidade, um presente que absorve o passado e o futuro; Cronos é o tempo presente, mas de forma vasta e profunda no qual ocorre uma subversão do próprio presente. Em outras palavras, Cronos não pode ser totalmente negado, pois que ele se manifesta como tempo e, como tal, no presente.

⁷⁰ Na esteira de Nietzsche: “Não há nada na vida que tenha valor fora do grau de poder – posto, justamente, que a própria vida é vontade de poder” (2011, p. 54).

Cronos quer se eternizar no presente, porém, é ameaçado constantemente por um passado que lhe atravessa e lhe compõe e um futuro que também lhe esquiva, que o subtrai e o retira. “A subversão interna do presente no tempo... A desforra do futuro e do passado sobre o presente, Cronos deve ainda exprimi-la em termos de presente, os únicos termos que ele compreende e que o afetam. É a sua maneira própria de querer morrer”. (Idem, p. 169). A agonia de Cronos se faz com a irrupção de um outro presente, o presente do “Instante” peculiar a Aion, mas este só surge “entre os dois presentes de Cronos, o da subversão pelo fundo e o da efetuação das formas”. (Idem, p. 172). Sob essa subversão, Cronos tenta aprisionar o presente na profundidade da eternidade, como se nunca quisesse deixar de ser presente e, é esse mesmo devir-louco das profundidades que atenta contra o próprio Cronos. Ao mesmo tempo, só consegue ser presente na presença dos corpos, na efetuação das formas, o tempo não seria possível, para Cronos, se não houvesse algo material em que pudesse assinalar seu desejo de perenidade e de eternidade.

A esse presente de Cronos, ou melhor, entre esses dois presentes de Cronos há o presente de Aion, sob o qual, o passado e o futuro processam infinitas subdivisões no próprio presente, fazendo com que este seja simultaneamente passado e presente, não deixa de ser o tempo da eternidade, mas em outro sentido: a eternidade, paradoxalmente, está atrelada à inevitável fugacidade e à intensidade do Instante.

Este presente do Aion, que representa o instante, não é absolutamente como o presente vasto e profundo de Cronos: é o presente sem espessura, o presente do ator, do dançarino ou do mímico, puro “momento” perverso. Não é o presente da subversão nem o da efetuação, mas da contra-efetuação, que impede aquele de derrubar este, que impede este de se confundir com aquele e que vem redobrar a dobra. (DELEUZE, 2011a, p. 173).

Quem melhor poderia sentir esse presente que não aquele que sabe que a morte se abrevia, que vai perdendo o medo dela e, ao mesmo tempo, que teima em viver cada instante como se de fato fosse o último momento de sua vida? Então, não o depressivo, mas o lúcido corajoso consegue enxergar o tempo como “puro ‘momento’ perverso”. Na loucura intempestiva das dores e da doença, a calma e a lucidez diante da brevidade do tempo, da proximidade da morte, da finitude da vida orgânica, da eternidade de cada instante vivido e da eternidade de sua vida através de outrem. O paciente terminal, embora tenha seu corpo mutilado se deteriorando tão rapidamente, ainda vive, mesmo

tendo a morte sempre presente, é ele quem mais compreende a ausência-sempre-presente da morte, o segundo movimento daquele jogo esquisito da vida.

No dia a dia, ambos movimentos sobre a morte – da presença-ausência e da ausência-sempre-presente – se fazem na vida. Cronos e Aion se permutam, contraem-se, amalgamam-se no delírio covarde do depressivo que vê na doença uma forma de não-viver; na soberba de quem pretensamente conhece muito da vida e, no entanto, desvaloriza-a fechando os olhos para a inevitabilidade e necessidade da morte e, também, em seu puro desrespeito à vida alheia; na “contemplação” ampliada de cada instante, de cada sopro de vida, daquele que está prestes a morrer e, por isso mesmo, opera a mais duradoura “contração” do tempo. Não se pode falar de Cronos e de Aion sem considerar esses conceitos que estão ligados à “síntese do tempo” e que pertencem a Deleuze, disponíveis em sua *Diferença e repetição* (2006a), que se coadunam com as discussões desenvolvidas nesta sessão, pois:

Um organismo dispõe de uma duração de presente, de diversas durações de presente, segundo o alcance natural de contração de suas almas contemplativas. Quer dizer que a fadiga pertence realmente à contemplação. Diz-se que se fatiga aquele que nada faz; a fadiga marca o momento em que a alma já não pode contrair o que contempla, em que contemplação e contração se desfazem. Somos compostos de fadigas tanto quanto de contemplações. Eis porque um fenômeno como a necessidade pode ser compreendido sob a espécie da “falta”, do ponto de vista da ação e das sínteses ativas que ele determina, mas pode, ao contrário, ser compreendido como uma extrema “saciedade”, como uma “fadiga”, do ponto de vista da síntese passiva que o condiciona. Precisamente, a necessidade marca os limites do presente variável. O presente se estende entre duas emergências da necessidade e se confunde com o tempo que dura uma contemplação. A *repetição da necessidade* e de tudo o que disto depende exprime o tempo próprio da síntese do tempo, o caráter intratemporal desta síntese. (DELEUZE, 2006a, p. 120 - Grifos do autor)⁷¹.

⁷¹ Maldito didatismo de minha parte: a *síntese passiva* ou *contração* corresponde ao que precede toda memória e toda reflexão, não é feita pelo espírito, mas se faz no espírito que contempla; “contraí uns nos outros os instantes sucessivos independentes. Ela constitui, desse modo, o presente vivido, o presente vivo; e é nesse presente que o tempo se desenrola. É a ela que pertence o passado e o futuro” (DELEUZE, 2006a, p. 112). A síntese passiva constitui nosso hábito e nossa expectativa sobre o tempo, “assegurando a perpetuação do nosso caso” (Idem, p. 116), em suma, ela é a duração. As sínteses ativas da memória e do entendimento correspondem, grosso modo, “à passagem da imaginação espontânea às faculdades ativas da representação refletida, da memória e da inteligência” (Idem, p. 121). As sínteses ativas se superpõem e se apoiam na síntese passiva da imaginação. Se a contração é a duração (o quanto se consegue segurar do tempo, da instantaneidade espontânea do tempo), a contemplação é a extração (o que se consegue apreender do tempo ou do hábito em correlação com a contração). “Quando dizemos que o hábito é contração, não falamos, pois, da ação instantânea que se compõe com outra para formar um

Nas diversas durações de seus Instantes, o paciente terminal usufrui do que ainda é possível reter ou contrair do tempo, lembra e exalta o fruto de todas as suas contemplações. E, quanto mais a doença avança, enquanto um outro corpo que afeta implacavelmente o corpo do paciente terminal, mais este toma todo o tempo em suas mãos, mesmo percebendo que ele se escorre por entre seus dedos.

Somente aquele que não se sente em perigo não pensa na morte, eis aí, também, a prova mais marcante de sua ignorância e de sua soberba. Aquele que vê a possibilidade da morte bem próximo a si, pensa nela todos os dias e também a teme, enquanto ainda sente esperança de livrar-se dela. A doença terminal e as experiências de acidentes graves aproximam o indivíduo não apenas da morte em si, mas de sua presença incessante em seu pensamento e o próprio corpo emite os sinais do falecimento ininterrupto de suas forças. Contrariamente ao que Spinoza afirma, é sim da sabedoria do homem pensar e experimentar a proximidade e iminência da morte como, não apenas um fato biológico inevitável a qualquer tempo, mas também como uma necessidade do próprio corpo diante da fadiga de tantas contemplações do tempo já vivido.

O corpo experimenta, então, a lentidão dos movimentos. É justamente quando morre a esperança que o indivíduo se torna mais corajoso, deixa de temer a morte e, às vezes, até a deseja. Nesse sentido, talvez Spinoza tenha razão quando afirma que “a morte é tanto menos nociva quanto maior é o conhecimento claro e distinto que a mente possui” (2013, p. 405). Na hora da morte, a agonia é por conta dos excessos da doença e da dor, nunca devido ao saber que a morte está muito próxima de si. Transcrevo abaixo o relato sobre a morte do Sr. Rudson Martins:

Ela⁷² disse: “Olha Maria o que nós pudemos fazer por ele, nós fizemos, não tem nada mais a fazer para o seu Rudson”. Aí quando ela falou isso, eu entendi que ali... não tinha mais jeito... que os remédios

elemento de repetição, mas da fusão desta repetição no espírito que contempla. É preciso atribuir uma alma ao coração, aos músculos, aos nervos, às células, mas uma alma contemplativa cujo papel é contrair o hábito” (Idem, p. 116). Complementando, “a partir de nossas contemplações, definem-se todos os nossos ritmos, nossas reservas, nossos tempos de reações, os mil entrelaçamentos, os presentes e as fadigas que nos compõem. A regra é que não se pode ir mais depressa que seu próprio presente ou, antes, que seus presentes” (Idem, p. 121).

⁷² Este é um fragmento da narrativa de D. Maria Martins sobre a morte de seu marido, Sr. Rudson Martins. No início desse trecho, D. Maria está se referindo à médica que o atendeu no hospital quando deu entrada com hemorragia culminando com sua morte. Senhor Rudson Martins faleceu no dia 05 de agosto de 2014.

não iam mais fazer efeito, que aquela hemorragia ia vir uma atrás da outra e ia morrer. Eu estava de frente para ele, sentada porque não podia dormir, cansada eu estava, mas não podia dormir que ele se engasgava, eu deixava o baldezinho dele limpo, que eu lavava no banheiro e deixava lá. Toda hora que tinham as hemorragias dele, ele sujava um bocado de roupa... ele não falava mais nada, ele ficava calado. Ele ficou sentado, me olhando, a enfermeira passou e passou a mão na minha cabeça... aí ela disse assim: “Não chore na frente dele”. Eu disse assim: “Mas eu não tô... não tá... sob o meu controle...”, porque eu estava vendo ele, tão, tristezinho, sentado na minha frente, e eu não podia fazer nada pra ajudar ele... ele ficava só me olhando assim triste, aí eu tirei duas fotos dele nessa hora, depois eu apaguei porque... captou assim uma tristeza tão grande, parecia assim que ele estava sentindo que ele ia morrer, que aquilo ali era o final pra ele, sabe?. Eu achava que estava passando na mente dele um bocado de coisa... ele era um homem tão forte, tão assim, ativo, por que que estava acontecendo aquilo com ele né? Ele não ia mais poder comer, se tivesse ficado vivo, não ia poder mais falar, não ter aquela vida que ele tinha antes, então aquilo ali causava uma tristeza muito grande nele, porque ele era um homem bonito antes de adoecer... eu disse, “Meu Deus, o que é isso Senhor? É muito sangue, parece uma torneira...”. Quando o balde caiu, ele se jogou assim, o balde caiu no chão, sujou tudo lá, aí eu gritei, gritei... “Tira ela daqui, tira ela daqui!”. Aí me levaram de lá, estava muito nervosa... eu vi eles fazendo os procedimentos nele... quando eu vi ele caindo assim, eu disse... aí eu vi que ali já tinha acabado tudo... foi cruel. (D. Maria Martins, encontro do dia 17 de maio de 2015).

Um silêncio, uma paz, um momento único... de desespero para a família, é bem verdade, mas de leveza para o paciente terminal já tão desgastado pela doença. Tristeza até pode ser, mas sentimento de “falta”, não. A morte deixa de ser identificada a um tempo que não será mais vivido, nem àquilo que se deixou de viver, nem tampouco ao sentimento de falta ou negativo, ela é, como nos diz Deleuze, o exemplo mais forte do Acontecimento e a forma vazia do tempo.

D. Maria, em suas especulações, interpreta o momento final de Sr. Rudson como uma catarse, uma conclusão sobre a vida, sobre como ele era, como ele estava naquele momento, sobre o que ele não poderia mais fazer caso continuasse vivo, sobre o que ele estaria pensando... mas ele, não disse nada. Quem poderia dizer ao certo se sua feição de tristeza era mesmo porque a morte estava chegando ou se por uma experimentação plena de um entretempo, de um presente realmente esvaído, já passado e já futuro como mistos de alegrias, tristezas, realizações, saudades precipitadas e antecipadas, tudo junto em um turbilhão de emoções que, no entanto, seu corpo não conseguia e não suportava mais sentir? Estas, são também minhas especulações sobre a ausência de palavras e a

lentidão dos movimentos do Sr. Rudson. Mas, chamo a atenção para essa singularidade, para a morte do Sr. Rudson. Pensando com Deleuze, a morte:

não aparece no modelo objetivo de uma matéria indiferente inanimada a que o vivente “retornaria”; ela está presente no vivente, como experiência subjetiva e diferenciada provida de um protótipo. Ela não responde a um estado de matéria, mas corresponde, ao contrário, a uma pura forma que abjurou a toda matéria – a forma vazia do tempo. (Subordinar a repetição à identidade extrínseca de uma matéria morta ou à identidade intrínseca de uma alma imortal é exatamente a mesma coisa, uma maneira de preencher o tempo). É que a morte não se reduz à negação, nem ao negativo de oposição, nem ao negativo de limitação. Nem a limitação da vida pela matéria mortal nem a oposição de uma vida imortal à matéria dão à morte seu protótipo. (DELEUZE, 2006a, p. 166).

Quem poderia afirmar ao certo se o Sr. Rudson não estava a experimentar a proximidade da forma vazia do tempo? Quem poderia dizer se ele queria ser imortal ou se a morte estava a lhe brindar com sua presença, uma presença já há muito desejada? Quem poderia responder? D. Maria e eu estamos apenas tentando *preencher um tempo* que se esvaziou e que não existe mais. Não podemos responder (Ó ciência ingrata!), não sabemos. A única coisa que sabemos é que a morte se efetuou em seu organismo.

Para finalizar esta sessão e ascender a expectativa para a próxima, alguns versos da música instigante de Raul Seixas:

(...)
Cada vez que eu me despeço de uma pessoa
Pode ser que essa pessoa esteja me vendo pela última vez
A morte, surda, caminha ao meu lado
E eu não sei em que esquina ela vai me beijar
Com que rosto ela virá?
(...)
Vem Mas demore a chegar
Eu te detesto e amo
Morte, morte, morte que talvez
Seja o segredo desta vida
Qual será a forma da minha morte
Uma das tantas coisas que eu não escolhi na vida
Existem tantas... um acidente de carro
O coração que se recusa a bater no próximo minuto
A anestesia mal-aplicada
A vida mal-vivida
A ferida mal curada
A dor já envelhecida
O câncer já espalhado e ainda escondido
Ou até, quem sabe,
O escorregão idiota num dia de sol

A cabeça no meio-fio Ó morte, tu que és tão forte
Que matas o gato, o rato e o homem
Vista-se com a tua mais bela roupa quando vieres
Me buscar
Que meu corpo seja cremado
E que minhas cinzas alimentem a erva
E que a erva alimente outro homem como eu
Porque eu continuarei neste homem
Nos meus filhos
Na palavra rude que eu disse para alguém
Que não gostava
E até no uísque que eu não terminei de beber / Aquela noite...
(SEIXAS, Raul - Canto para minha morte. Disponível em:
<http://www.vagalume.com.br/raul-seixas/canto-para-minha-morte.html#ixzz3x1hoayeL> Acesso em 12/01/2016).

6. DA (IN)FINITUDE DA VIDA: A PARTE DO ACONTECIMENTO QUE NÃO SE EFETUA

SURTANÁS

Surtei e passo a babar
Estão convidados os que tiverem a coragem
para serem companheiros do meu manicômio:...
faremos uma fogueira com o dinheiro,
tiro ao alvo com as TVs,
leremos poesia em voz alta,
aboliremos as roupas no verão
e no inverno para quem for bravo,
não receberemos visitas dos tolos,
capinaremos a horta e plantaremos gostosuras,
comeremos o que for do tempo,
faremos rodas de cantigas e riremos de nossas tolices,
riscaremos dos dicionários palavras como:
chefe, patrão, emprego, compromisso, urgência,
atraso, correria, prazo, mando, obediência, hierarquia,
pobreza, maldade, instituição, familiarismo, identidade,
normal, medo, polícia, ladrão, verdade, e que tais;
não haverá nem muro, nem grade, nem fechamento de porta,
dormiremos quando quisermos,
comeremos quando tivermos fome,
acordaremos quando o corpo apetecer;
faremos também coisas sérias:
veremos o pôr do sol e buscaremos estrelas cadentes,
inventaremos casos de não tristeza,
infantilizaremos o rizo e o gozo, em nome da inocência,
veremos nos olhos uns dos outros, só para marejar a janela da alma,
na dor, daremos as mãos e ofertaremos o tempo do ser ao outro ser,
e lamentaremos pela sanidade das coisas sérias.
Eu surtei, vou continuar surtado.
E sou agora um surtanás.
Tu surtarás?
Ele surtará?
Nós surtaremos? Sim, surtaremos,
até babar
e da baba
nascer este mundo.
(Alexandre Filordi).

Sinto-me caminhando sobre a morte, não há como evitar que sejamos, de alguma forma, afetados pela morte de pessoas com as quais tivemos alguma relação. Mas, assim como a lucidez anda de mãos dadas com a loucura, também a morte ronda e faz parte da vida. *Surtei* sim, em alguns momentos, no sentido de proximidade com a loucura, mas também *surtei* retirando de minhas costas o peso com que aprendemos a ver a morte.

Faz parte de nosso modo Ocidental, sobretudo exacerbado pelo Cristianismo, temer aquilo que não conhecemos. A ciência nos acostumou muito mal, de modo que, tudo o que não conhecemos ou para o qual ela não apresenta respostas objetivas e únicas parece falso e nos aterroriza ou faz-nos adentrar a negação. Aquilo que não tem explicação científica, simplesmente não existe. Diante disso, talvez seja menos aterrador aprendermos a continuar no problema e no descentramento, como Deleuze nos ensina:

Não há respostas nem soluções originais ou últimas; apenas são desse tipo as questões-problemas, graças a uma máscara atrás de toda máscara e a um deslocamento atrás de todo local. Seria ingênuo acreditar que os problemas da vida e da morte, do amor e da diferença dos sexos estejam sujeitos a suas soluções e mesmo a suas posições científicas, se bem que estas posições e soluções sobrevenham necessariamente... Os neuropatas, os psicopatas exploram, talvez à custa de seus sofrimentos, este fundo original último, uns perguntando *como deslocar o problema*, outros *onde colocar a questão*... Não é o que eles dizem ou o que eles pensam, mas sua vida é que é exemplar e os ultrapassa. Eles dão testemunho dessa transcendência e do jogo mais extraordinário do verdadeiro e do falso tal como ele se estabelece, não mais ao nível das respostas e soluções, mas nos próprios problemas, nas próprias questões, isto é, em condições tais que o falso venha a ser o modo de exploração do verdadeiro, o espaço próprio de seus disfarces essenciais ou de seu deslocamento fundamental: *pseudos* se torna aqui o *pathos* do verdadeiro. (DELEUZE, 2006a, p. 159-160).

A ciência, sobretudo a Medicina, não consegue responder às questões que se colocam sobre a morte e, no entanto, insiste e luta para extingui-la dos vivos, mas como evitar que os seres vivos morram se é justamente o fato de serem passíveis de morrer que os caracteriza como seres vivos?

Para além do sentimento de perda e “falta” por parte dos entes dos pacientes, a morte pode ser vista como necessidade do próprio corpo do paciente que se fadiga com o tempo. As formas de ver e sentir a proximidade e necessidade da morte estão ligadas às formas de conceber o tempo em Cronos e Aion, nas dobras e desdobras do tempo... sempre tempo sobre tempo, como demonstrei na sessão anterior.

Anteriormente tratei da parte do Acontecimento que se realiza, que se efetua, cumpre aqui, tratar da contra-efetuação da morte como Acontecimento. Enquanto acontecimento puro que se efetua no corpo do paciente terminal e que providencia contra-efetuações na continuidade da vida, a morte precisa não apenas ser conhecida, mas ela deve engendrar em nós a necessidade de a encararmos de forma mais leve,

devemos aprender a morrer. Somente aquilo que está vivo pode morrer e, mesmo assim, a morte não é capaz de derrotar a vida.

A morte é o Acontecimento puro, nela podemos ver a parte do acontecimento que se efetua, no corpo, na falência dos órgãos, a intensidade e brevidade do Instante como “puro momento perverso” e vazio do tempo. E, também, a parte do Acontecimento que não pode ser efetuada, a contra-efetuação, àquilo que nem nós sabíamos que éramos capazes de fazer e providenciar diante e depois da morte de alguém muito próximo e querido.

O acontecimento, de acordo com a teoria deleuziana, não é um acidente, não é aquilo que acontece, “ele é no que acontece o puro expresso que nos dá sinal e nos espera... ele é o que deve ser compreendido, o que deve ser querido, o que deve ser representado no que acontece” (DELEUZE, 2011a, p. 152). Todo e qualquer acontecimento é único e o que melhor representa essa univocidade é a morte. A moral que a cultura e a linguagem nos inculcaram preserva atribuições como “injusto” ou “não merecido” a tudo aquilo que nos atinge e, a princípio, não desejávamos ou não passava pelo planejamento remoto de nossa existência. O “ressentimento”, como nos diz Deleuze, provoca o descontentamento com o acontecimento, mas, tornar-se delineadores dos nossos acontecimentos, conseguir intervir ou aprender a lidar com as bordas borradas desses fenômenos, ser uma “quase-causa do que se produz em nós” (Idem, p. 151) é tornar-se digno de seus próprios acontecimentos.

Essa auto dignidade em relação ao acontecimento não significa que deveríamos nos sujeitar ou simplesmente aceitar os desagradados que nos invadem, trata-se do que Deleuze chama de “*intuição volitiva ou transmutação*”, de desejar e ser digno dos próprios Acontecimentos, tornar-se capaz de operar transmutações sobre aquilo que lhe acontece, mas com o que não se tem poder nenhum de evitar que aconteça.

Que quer dizer então querer o acontecimento?... Se querer o acontecimento significa primeiro captar-lhe a verdade eterna, que é como o fogo no qual se alimenta, este querer atinge o ponto em que a guerra é travada contra a guerra, o ferimento, traçado vivo como a cicatriz de todas as feridas, a morte que retorna querida contra todas as mortes. (DELEUZE, 2011a, p. 152).

Renascer a partir da captura dos próprios acontecimentos, criar outros nascimentos para si, romper com o único nascimento que se tinha ao adentrar o mundo.

Eis aí a vontade de desejo e de transformação/intervenção sobre e a partir do acontecimento.

O acontecimento não comporta dualidades entre o individual e o coletivo, o particular e o geral ou universal, sua singularidade ocorre como uma “*efetuação*” e uma “*contra-efetuação*”, em uma parte, aquilo que de fato se cumpre ou se realiza, em outra parte aquilo cujo “*cumprimento não pode realizar*” (DELEUZE, 2011a, p. 154). Naquela, a marca do presente da realização, nesta, “o tornar-se mediante de seus próprios acontecimentos” (Idem, p. 153), a providência de forças para operar sobre o acontecimento, para operar sobre aquilo que não temos o controle ou o poder de evitar. Em termos de tempo, é o passado e o futuro desdobrado incessantemente, o Instante móvel, o futuro e o passado “que esquiva todo presente, porque ele é livre das limitações de um estado de coisas, sendo impessoal e pré-individual, neutro, nem geral, nem particular” (Idem, p. 154)

Em um caso, é minha vida que parece muito fraca, que escapa em um ponto tornado presente em uma relação assinalável comigo. No outro caso, eu que sou muito fraco para a vida, é a vida muito grande para mim, jogando por toda parte suas singularidades, sem relação comigo, e sem um momento determinável como presente, salvo com o instante impessoal que se desdobra em ainda-futuro e já-passado. (DELEUZE, 2011a, 154).

É nesse ponto, ou melhor, no *intermezzo* entre a potência e a fragilidade ou perecibilidade do corpo que a morte atinge o ápice como acontecimento singular. A proximidade com acidentes graves nos faz ter uma percepção mais profunda da morte, mas isso, por si só, não nos dá um conhecimento mais apurado sobre a vida e a morte. Talvez os pacientes terminais consigam chegar a esse conhecimento, como tratei na sessão anterior, por tanto pensar na morte e quando pressentem que ela está de fato muito próxima e que é inevitável. Quando isso acontece, o medo se esvai e a morte se torna desejável. Não basta sabermos que podemos morrer, precisamos aprender a morrer⁷³. Não se trata de suicídio, mas de respeito pela própria vida que, em sua

⁷³ Deleuze não diz que precisamos aprender a morrer, ele diz que só podemos aprender a morrer se encararmos a morte como acontecimento. Para ele, (DELEUZE, 2011a, p. 148): “Saber que somos mortais é um saber apodítico, mas vazio e abstrato, que as mortes efetivas e sucessivas não bastam certamente para preencher adequadamente, enquanto não aprendermos a morrer como acontecimento impessoal provido de uma estrutura problemática sempre aberta (onde e quando?)” (Grifos meus). Permanecer no problema, extrair a vitalidade e positividade da situação-problema que é a morte. Isto contraria toda a vontade de verdade e de poder da ciência em descobrir ou dar respostas únicas para os

intensidade e abrangência, inclui a morte. Parafrazeando Aquiles, que Brad Pitt encarnou no filme “Tróia” (2004): os deuses podem até ser eternos, mas nós temos toda a potência e a intensidade da vida porque somos mortais.

Na situação da família do Sr. Rudson, a morte tirou-lhe o pai e o marido querido, mas ele e sua força ainda pulsam na memória e no dia a dia da família. D. Maria Martins teve que fechar a oficina de motocicletas que era do marido, por conta das dívidas que se amontoaram, mas, da última vez que a vi, estava empenhada em conseguir um emprego, fazendo planos para a sua própria vida e para as filhas. Sua filha mais velha foi aprovada no vestibular e faz um curso de Engenharia em uma universidade pública, já está trabalhando como estagiária. A filha mais nova também foi aprovada, todavia, não pôde cursar porque ainda está no segundo ano do Ensino Médio, estava muito orgulhosa e confiante que será novamente aprovada. D. Maria estava resolvendo vários problemas e vendendo as peças que ainda sobraram depois que fechou a oficina, estava em plena contra-efetuação após a morte do marido:

As peças da oficina, o dinheiro que for entrando eu vou resolvendo o que está pendente, ficaram muitas coisas pendentes para resolver, não vou poder honrar todas, mas o que eu puder eu vou honrar... ainda preciso trabalhar, ainda queria, me sinto ainda jovem, forte, capaz... eu gostaria de trabalhar. (D. Maria Martins, encontro do dia 17 de maio de 2015).

A vida se instala em todas. Há uma expectativa pelo que virá, um desejo imenso de continuar vivendo. A morte vai aos poucos perdendo a sua força e restam as boas lembranças... as mulheres que ficaram conseguem perceber que a morte do Sr. Rudson operou grandes transformações em seus modos de pensar e de viver. Elas percebem que a doença do Sr. Rudson as tornou mais fortes e, apesar de se sentirem impotentes durante toda a experiência da doença, hoje se veem orgulhosas por não o terem abandonado, sentem-se mais corajosas diante da vida, não precisam mais temer a morte do pai e do marido, porque ela já se efetuou.

A vida não para de pulsar, a morte não pode derrotar a vida, como nos diz Deleuze (2011a), é o corpo orgânico que morre, não a vida.

fenômenos. Ciência frustrada porque não sabe determinar objetivamente quando e onde cada indivíduo morrerá, exceto em alguns casos de pacientes terminais.

Não seria necessário encerrar uma vida no simples momento em que a vida individual se afronta com a morte – universal. *Uma* vida está por todos os lugares, por todos os momentos que atravessam este ou aquele sujeito vivo e que medem tais objetos vividos: vida imanente trazendo os acontecimentos ou singularidades que apenas se atualizam nos sujeitos e nos objetos. Essa vida indefinida não tem, ela mesma, momentos, por mais próximos que estejam uns dos outros, mas apenas entretempos, entremomentos. Ela não sobrevém nem sucede, mas apresenta a imensidão do tempo vazio em que se vê o acontecimento ainda porvir e já transcorrido, no absoluto de uma consciência imediata. (DELEUZE, s/d, s/p).

É o “plano de imanência” que Deleuze trabalha fora da instauração de um Sujeito e de um objeto como categorias ontológicas. A própria vida ou simplesmente a vida é que é o plano de imanência, como vitalidade e como virtualidade que vaza por todos os lados e se atualiza em cada ser vivo, sem com isso, individualizar no sentido empírico, pois que a vida como imanência é pré-individual. Experimentando a força do conceito de Acontecimento efetuado na morte do Sr. Rudson, vimos como a morte precipitou a retirada de seu corpo orgânico da convivência com a família. Mas esta, opera contra-efetuações a partir da morte, dando continuidade à vida. Talvez fosse melhor colocar essa palavra no plural, pois toda vida, apesar de ser singular⁷⁴, invade, penetra, arrola e cria tantas outras vidas de que o mundo é capaz de suportar.

O trecho supracitado pertence a um pequeno texto, porém imensamente fascinante, chamado “A imanência: uma vida...” nele, Deleuze nos diz que “o transcendente não é o transcendental”, ou seja, que a imanência que inspira uma espécie de vida transcendente - sem sujeito, sem objeto correlacionado, que simplesmente se faz, de forma pré-individual - isto é, que a vida não está a priori ligada a uma substância ou a uma essência que fundaria o ser (como o ser metafísico). Compreendo a dificuldade em se falar de algo que existe – aquém ou além de qualquer vontade originária – sem recair numa filosofia metafísica. Essa dificuldade também está na discussão sobre o sentido. É a linguagem que continua a nos limitar... ainda estamos na

⁷⁴ Daí o artigo indefinido para designar a singularidade de *uma* vida: “O indefinido como tal não marca uma indeterminação empírica, mas uma determinação de imanência ou uma determinabilidade transcendental. O artigo indefinido não é a indeterminação da pessoa sem antes ser a determinação do singular. O Um não é o transcendente que pode conter a imanência, mas o imanente contido num campo transcendental. Um é sempre o índice de uma multiplicidade: um acontecimento, uma singularidade, uma vida... Pode-se sempre evocar um transcendente que cai fora do plano de imanência ou, até, que se atribui a ele; mesmo assim, toda transcendência se constitui unicamente na corrente de consciência imanente própria a esse plano. A transcendência é sempre um produto da imanência”. (DELEUZE, s/d, s/p; disponível em: <<http://www.lettas.ufrj.br/ciencialit/terceiramargemonline/numero11/xiii.html>>. Acesso em: 26/11/2013).

aprendizagem de dizer de outros modos os fenômenos que se nos apresentam, a vida é um desses fenômenos, cuja complexidade ainda não foi totalmente esquadrihada pela ciência.

Uma vida contém apenas virtuais. Ela é feita de virtualidades, acontecimentos, singularidades. Isso que se chama de virtual não é algo a que falta realidade, mas que se engaja num processo de atualização seguindo o plano que lhe dá sua realidade própria. O acontecimento imanente se atualiza num estado de coisas e num estado vivido que faz com que ele ocorra. O próprio plano de imanência se atualiza num Objeto e num Sujeito aos quais ele se atribui. Enquanto eles são quase inseparáveis de suas atualizações, o plano de imanência é em si mesmo virtual, do mesmo modo que os acontecimentos que o povoam são virtualidades. Os acontecimentos ou singularidades dão ao plano toda sua virtualidade, assim como o plano de imanência dá aos acontecimentos virtuais uma plena realidade. Nada falta ao acontecimento considerado como não-atualizado (indefinido). Basta colocá-lo em relação com seus concomitantes: um campo transcendental, um plano de imanência, uma vida, singularidades. Uma ferida se encarna ou se atualiza num estado de coisas e num vivido; mas ela mesma é um puro virtual sobre o plano de imanência que nos arrasta a uma vida. Minha ferida existia antes de mim... Não uma transcendência da ferida como atualidade superior, mas sua imanência como virtualidade sempre no interior de um meio (campo ou plano). (DELEUZE, s.d, s.p).

Paradoxalmente, nesse plano de imanência, pura vitalidade, pois que é uma vida, a morte se efetua. O corpo do paciente terminal é atravessado pela morte orgânica e não há como negar isso. Assim como o corpo se mantém aquecido por alguns instantes após o acontecimento da morte, a vida continua seu curso pré-individual, coletivo, virtual... atualizando-se em tantos outros indivíduos e estados de coisas do mundo.

O corpo do paciente terminal, atravessado pelo cansaço, pela degeneração da doença, pela solidão miserável, pelo sentimento de perda e de “falta” da família e por tantos outros corpos que lhe afetam, finalmente – se é que se pode usar essa palavra neste contexto – é atravessado pela morte. A morte orgânica se efetua, todavia, ela não é capaz de vencer a vida que continua a atravessar e a vazar os corpos daqueles que ficam, daqueles que ainda não morreram. Contra e a partir da efetuação da morte, a continuidade da vida é justamente aquilo que a morte não conseguiu efetuar.

Com Deleuze aprendemos a sustentar que não é preciso recorrer a uma esfera transcendental, a uma ontologia como forma universal e imperecível da vida para postularmos a imortalidade da vida. Sim, a vida é imortal, mas não atrelada a um

Sujeito ou a um Objeto suprassensível nem, tampouco, a imperecibilidade da matéria. Como citado em uma passagem de “Diferença e repetição” (2006a, p. 166), “nem a limitação da vida pela matéria mortal nem a oposição de uma vida imortal à matéria dão à morte seu protótipo”. É morrendo que nos tornamos imortais, não no sentido dual e usual do Cristianismo - que o corpo morre, mas a alma se direcionaria a um outro plano imortal - mas porque há continuidade infinita de vida nas atualizações e nas contra-efetuações de outros indivíduos, de outras matérias, de outros desejos, de outras histórias e de outros corpos que, a partir da morte de alguém querido, continuam a processar uma multiplicidade de afecções.

Na morte como Acontecimento, efetuação e contra-efetuação são movimentos que fazem parte de um único processo complexo, se operei uma tal separação em duas sessões foi apenas para facilitar a abordagem. Após essa amostra de um corpo atravessado pela morte - como efetuação, e de vidas que se fazem e se renascem do caos que essa morte, a princípio, causa (contra-efetuação) - meu *surto* inicial, como loucura e medo da morte, mistura-se à lucidez de apreensão dessa vida maluca que ora nos obriga a movimentos tão frenéticos que nem sempre nos trazem vitalidade, ora nos leva a quase inércia pela doença, pelas tristezas... Diante desse horizonte Filordi tem razão em “babar” e nos incitar a “babarmos” também, para providenciarmos um outro mundo, onde possamos *inventar casos de não tristeza, infantilizar o rizo e o gozo em nome da inocência... e lamentarmos pela sanidade das coisas sérias*. Que a vida e a morte nos sejam mais leves. “Eu surtei, vou continuar surtado. Sou agora um surtanás”. E tu? “Tu surtarás?”.

7. DO CORPO RESPONSÁVEL POR SUAS PRÓPRIAS CHAGAS

Desde que nós descobrimos que o meu pai estava doente em 2012, nunca aceitei essa doença. Eu pensava assim: “Tem tantas pessoas ruins no mundo, destruindo famílias, matando e fazendo coisas absurdas. Todas com saúde, sem nada de ruim para atingir elas. E o meu pai sempre trabalhou para sustentar a casa, ele tinha e tem os defeitos dele como qualquer pessoa, mas não acho que ele merecia essa doença”. (Diário de Valéria Martins, em 27 de maio de 2014).

De certo há algo de religioso em algum sentimento sobre a “culpa” pela doença. A influência do Cristianismo fez com que os rebanhos se sentissem responsáveis pelo cuidado do corpo como forma de se chegar à salvação eterna, de modo que, aquele que não leva uma vida regrada e equilibrada mereça pagar o preço por isso. Num primeiro momento é quase inevitável que o crente se pergunte “o que foi que fiz para merecer esta doença?”. Como se o corpo estivesse recebendo a condenação, em vida, pelas decisões e “pecados” que tivesse praticado durante sua existência.

Há uma mentalidade que se situa nas fronteiras entre a religião e a medicina que apregoa a responsabilização do doente por sua doença. Em se tratando do câncer, por exemplo, uma das primeiras coisas que se pergunta ao paciente é se ele fuma ou fumava e se ingere ou ingeria bebidas alcoólicas. Outra pergunta se encaminha para a alimentação e para a prática de esportes e/ou exercícios físicos. As pesquisas comprovam, e já se tornou consenso, de que a ingestão de bebidas alcólicas e, principalmente o fumo, aumentam excessivamente a possibilidade de uma pessoa vir a desenvolver algum tipo de câncer. A importância que se dá aos fatores externos e ambientais, chega a ser maior do que aos fatores de ordem genética⁷⁵.

Valéria Martins: Eu não queria que isso tivesse acontecido, porque que essa doença chegou... quando ele ficou doente pela primeira vez eu tinha quinze anos, entendeu? Por que isso teve que acontecer, entendeu? Com ele? Por que?...

D. Maria Martins: Ele perguntava, “Por que, Preta, aconteceu isso comigo? Me responde, por que?”

⁷⁵ “De acordo com a pesquisa, publicada no *British Medical Journal*, 1 em cada 10 casos da doença em homens, e 1 a cada 33 nas mulheres, é causado pelo álcool na Grã-Bretanha. Embora a maioria dos casos seja provocada pelo consumo de bebidas em excesso, os pesquisadores britânicos afirmam que o risco existe entre quem consome álcool moderadamente – e as chances de aparecimento de tumores não diminuem significativamente assim que a pessoa abandona definitivamente o álcool”. (Revista Veja. 08-04-2011. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/consumo-moderado-de-alcool-pode-causar-cancer/>. Acesso em: dezembro de 2014).

Valéria Martins: Eu fico inconformada...

D. Maria Martins: Eu dizia, “Não sei, Rudson, te falar por que”

Eu: Porque ele nem fumava também...

Valéria Martins: Não. Ele bebia, assim... mas não era alcólatra... ele bebia...

Eu: Ele nunca fumou?

D. Maria Martins: Não. Ele não gostava, ele até perguntou pra mim, “Preta...”, ele dizia assim, aliás, “Maria, tu fuma?”. Eu disse, “não”.

Eu disse, “por que?”. Ele disse, “Porque se você fumasse eu não ia querer te namorar porque eu odeio cigarro”. Eu falei, “Ah, tá, eu também não gosto de cigarro”, eu falei pra ele... (Trecho da conversa ocorrida no dia 17 de maio de 2015, após o falecimento do Sr. Rudson Martins).

Há uma penalidade da medicina sobre o corpo doente tal qual a punição da religião. Ocorre uma confluência entre os motivos ou causas da patologia e as culpas do cristão: aquele que levou a vida de forma negligente com seu corpo e sua saúde é o mesmo indivíduo que se entregou aos prazeres do vício e da vida mundana. Ciência e religião, a primeira em busca das causas objetivas, a segunda faz a varredura através da confissão do cristão para encontrar a razão do padecimento do corpo. Começamos, então, com os argumentos em torno da religião.

No dia a dia do senso comum, é possível que todos nós já tenhamos ouvido ou presenciado histórias nas quais alguma pessoa que tenha sido cruel com alguém, que tenha prejudicado ou contribuído para a desgraça alheia e, se essa pessoa caminha para a finalização de sua vida de forma penosa com alguma doença terrível e incurável há quem diga que “foi bem feito!”, “Que ele ou ela mereceu”, “Que aqui se faz, aqui se paga”, “Que isso foi praga daquele a quem o padecedor prejudicou” e, finalmente, “que a justiça divina tarda mas não falta”. Há nesses vereditos uma sensação de justiça ou de vingança silenciosa e, mesmo que as pessoas nem sempre tomem consciência, Deus aparece como o monstro que nunca perdoa, o ser sobrenatural a quem nada escapa, que faz usufruto de sua força onipresente para castigar a todos que não se dirigiram durante a vida de acordo com suas leis.

Nas histórias que são repassadas entre as gerações, esses casos são usados como exemplos. É a forma de educar os jovens para que eles não cometam os mesmos erros, ou seja, para que usem seu “livre arbítrio” para fazerem sempre o “bem”. Tudo isso deve levar o jovem educando a espreitar seu íntimo, sua alma, e ver se gostaria que todo esse sofrimento fizesse parte de sua vida, sobretudo do final de sua vida e, após esse exercício, chegar invariavelmente à conclusão de que não se deve fazer aos outros

aquilo que não desejaria que fizessem a si mesmo⁷⁶. A doença é, sob essa perspectiva, a coroação do juízo final. Ela é a penalidade, o castigo, a condenação, o “justo” veredito àquele que pecou deliberadamente. A sanção moral que medeia toda a cultura cristã.

Como todos sabemos, a cura para esse mal seria sempre o arrependimento do condenado. Pelo exame de consciência, ele deve se arrepender de todo o mal que tenha causado e, sobretudo, pedir perdão aos seus desafetos. Após o período de penitência – os efeitos da própria doença – talvez seja absolvido de acordo com sua fé e a benevolência divina.

Há toda uma corrente de instituições não governamentais, grupos, células, facções religiosas voltadas especificamente para ajudar ou dar alento espiritual aos pacientes terminais. Movidos pelo desespero, pela esperança e pelo temor, paciente e familiares não conseguem se esquivar desses bandos que se instalam nos hospitais – na hora da visita – e nos lares dos doentes. Algumas pessoas desses grupos contribuem com algo material como remédios e alimentos, mas, a “ajuda” maior é oferecida através de orações. Não raramente, o paciente e vários familiares aceitam se converter à religião daqueles que se tornam mais presentes e oram com mais fervor. A palavra de ordem é “salvação”. Mas a salvação nem sempre é a terrena ou corporal.

As pessoas que vão lá em casa nos falar sobre um tipo de salvação sobrenatural e que eu realmente acredito, ao mesmo tempo que se dizem tão confiantes em uma cura pra ele, nos falam para esperar e se preparar para o pior. Como alguém pode nos dizer algo assim? A vida não nos prepara pra isso e ninguém nem imagina quão difícil é até que aconteça com a gente.

Mamãe mesmo já falou que não tem certeza se o papai vai sobreviver a isso. Eu não posso culpa-la.

Algumas pessoas esperam por um milagre, outros por um fim. (Diário de Regiane Martins, em 23 de maio de 2014).

Caso não aconteça o milagre e o paciente não vença a doença, a salvação realizar-se-á em outro plano, no plano extraterreno. Como a ciência – via medicina – não consegue providenciar alento para aquele que está morrendo e a seus familiares, a

⁷⁶ Segundo o médico Wésley de Sousa Câmara, também estudioso da Bíblia, essa expressão é utilizada desde a Antiguidade e sua origem é discutível, mesmo que alguns a atribuam ao sábio chinês Confúcio. É também considerada “a regra de ouro de Jesus Cristo”, encontra-se no livro de Tobias, versículo 15, capítulo 4. Mas, de acordo com esse estudioso, “Em Mateus 7:12, o mestre usa esse conceito em um de seus ensinamentos, mas com uma importante modificação: ‘Assim, em tudo, façam aos outros o que vocês querem que eles lhes façam; pois esta é a Lei e os Profetas’”. (CÂMARA, s.d, s.p - Disponível em: <<http://www.bibliaafundo.net/2011/04/regra-de-ouro-de-jesus-cristo.html>>. Acesso em: 09/09/2015).

única opção é recorrer à religião. Mais que uma opção, às vezes parece um ultimato. Todo aquele que padece deve se arrepender de seus pecados e encarar a doença como um presente, como uma oportunidade de se redimir de seus pecados. Na verdade, o que o paciente menos tem, sob a eloquência de padres, de pastores e de adoradores em geral, é alternativa. O paciente não pode tomar sua vida em suas mãos e destituir-se dela – suicídio, pois assim sua alma viveria eternamente numa espécie de entre céu e inferno; não pode pedir a um familiar ou profissional da saúde para ajudar-lhe a morrer e a pôr fim ao seu sofrimento – eutanásia, pois a Lei dos homens não permite; não pode deixar de continuar a rogar, a pedir incessantemente por sua cura – pois isso seria prova de descrença e pouca confiança na divindade; não pode pedir que a morte lhe brinde com seu beijo o mais rápido possível – pois isso seria uma prova de fraqueza e de não-aceitação de seu castigo ou padecimento; não pode deixar de ter esperança – pois isso seria uma ingratidão a todos que lhe amam e insistem na esperança.

A esperança se torna ao mesmo tempo o refúgio, a fortaleza como incendiadora de força e sua fortaleza como aprisionamento a uma vida doente. A esperança que remete a uma outra vida ou plano e à permanência na Terra, mesmo que o corpo ainda padeça.

É impossível não sentir certa tristeza todos os dias, **não vou saber o que fazer se o pior acontecer.**

Não existe um mundo que o meu pai **não possa** me ver realizando os sonhos e conquistas que ele sempre sonhou.

Ainda há esperança no coração de todos aqui em casa, **mas a dúvida também está muito presente.** (Diário de Valéria Martins, em 04 de junho de 2014 – Grifos meus).

O pior é sempre a morte, a doença e todas as suas dores não parecem se equivaler ou se aproximar do temor da morte. A esperança é reafirmada sempre, mesmo que se compreenda que o falecimento venha a ser inevitável. O mundo, a religião e as pessoas ao redor impõem a esperança. Como vimos no registro acima, deixar de ter esperança seria como um pecado ou desonra. Da mesma forma, seria uma falta de amor e de respeito aceitar que a morte é possível, previsível e aceitável. Admitir isso seria como desistir do próprio pai. Para o Cristianismo:

A esperança intensa é um estimulante da vida muito mais forte do que qualquer felicidade isolada que realmente se concretize. É preciso manter os sofredores em pé mediante uma esperança que não possa ser contradita por nenhuma realidade – que não seja eliminada

mediante uma realização: uma esperança no além. (Precisamente por causa dessa capacidade de entreter os infelizes, a esperança era considerada entre os gregos o mal dos males, o mal propriamente *pérfido*: ela restou dentro da caixa de pandora.). (NIETZSCHE, 2011d, p. 42-43 - Grifos do autor).

Bem sabemos de todas as críticas de Nietzsche ao cristianismo. Há nesse filósofo não somente uma desvalorização da moral cristã, mas uma transvalorização de toda a ética cristã. Em todas as suas obras há sempre uma crítica ou uma praga a todos esses valores que condicionaram a nossa conduta no decorrer da história e “contaminaram”, por assim dizer, todas as instituições da sociedade⁷⁷.

Se espiássemos nossos pensamentos em todas as ocasiões de nossa rotina poderíamos nos flagrar em atitudes de súplica e de devoção, mesmo para os mais céticos. É quase involuntário que estejamos sempre de joelhos, que fiquemos a esperar por uma boa notícia, por um acontecimento feliz. Para quem espera por um diagnóstico que comprove a cura de uma doença, esse sentimento de possibilidade parece mais um sonho que se sonha acordado. Em um tempo em que é cada vez mais difícil acreditar nas pessoas e que o cidadão é desamparado pelas instituições do Estado, é difícil não acreditar em alguma coisa, é difícil pensar diferente.

Chega o tempo em que nós temos de *pagar* o termos sido cristãos durante dois milênios: perdemos o peso que nos deixava viver, - não soubemos, durante um período, para que lado nos virar. Precipitamos inopinadamente em valorações opostas com a mesma medida de energia, [precisamente isso produziu uma tal *supervalorização* extrema do homem no homem.]

⁷⁷ No último aforismo, o 62, de “O anticristo: maldição contra o cristianismo”, Nietzsche demonstra toda a sua cólera contra o Cristianismo e a tudo o que ele corrompeu na humanidade. Não posso me furtar ao direito de citá-lo: “Com isso chego ao fim e dou meu veredicto. Eu *condeno* o cristianismo, eu instauró contra a Igreja cristã a mais terrível das acusações que alguma vez tenha sido feita por um promotor. Para mim, ela é a maior das corrupções imagináveis, ela teve a vontade até para a última das corrupções possíveis. A Igreja cristã não deixou nada intocado com a sua depravação, ela fez de cada valor um desvalor, de cada verdade uma mentira, de cada retidão uma vileza da alma. Que alguém ouse me falar de suas bênçãos ‘humanitárias’! Abolir qualquer calamidade iria contra o seu interesse mais profundo – ela vive de calamidades, ela cria calamidades para *se* eternizar... O verme do pecado, por exemplo: foi a Igreja que enriqueceu a humanidade com essa desgraça! – A ‘igualdade das almas perante Deus’, essa falsidade, esse *pretexto* para as *rancunes* de todos os que tinham intenções vis, esse explosivo conceitual que por fim se transformou em revolução, ideia moderna e princípio de declínio de toda ordem social – é dinamite *cristã*... Bênçãos ‘humanitárias’ do cristianismo! Fazer da *humanitas* algo que se contradiz, uma arte da autoviolação, uma vontade de mentira a todo custo, uma repulsa, um desprezo a todos os instintos bons e retos! – Essas seriam as bênçãos do cristianismo! – O parasitismo como a *única* prática da Igreja; com seus ideais de anemia, de ‘santidade’, bebendo todo sangue, todo amor, toda esperança na vida; o além como vontade de negar toda a realidade; a cruz como distintivo da mais subterrânea conspiração que já existiu – contra a saúde, a beleza, a boa constituição, a valentia, o espírito, a *bondade* de alma, *contra a própria vida*... (NIETZSCHE, 2011d, p. 124). (Todos os grifos em itálico e as reticências são do autor).

Agora tudo é completamente falso, “palavra”, tumulto, fraco ou exaltado:

g) permite-se à Igreja intrometer-se sempre em todas as experiências essenciais e nos pontos capitais da vida do indivíduo, para lhes conferir consagração, sentido mais elevado: temos também um Estado cristão”, o “casamento cristão” – (NIETZSCHE, 2011b, p. 39).

Não apenas pacientes e familiares se sentem obrigados a ter esperança, mas também quase todas as pessoas em suas múltiplas atividades e dificuldades diárias, pois que não parece ter nada mais além da esperança. O que acontece ou o que resta quando acaba a esperança? Em qual devir acreditar? Qual devir esperar? Como viver acreditando num devir que desconhecemos? Como aceitar que qualquer coisa pode nos acontecer a qualquer momento?

Uma investigação, propriamente dita, opera uma certa desestabilidade do pesquisador, a criação do conhecimento só ocorre quando o estudo suscita metamorfoses, quando faz pensar diferente, mesmo que impacte toda uma concepção de vida. Esta pesquisa me levou de um extremo a outro de minha fé e de minha esperança. O abismo e o caos que se abrem diante do último passo de uma longa caminhada fazem desmoronar tudo e a solidão se precipita numa tortuosa busca de um caminho, não de volta, mas de construção de pontes possíveis para atravessar esse abismo.

A esperança nada tem a ver com perseverança, perseverar é continuar, manter-se firme em seus propósitos, conservar-se⁷⁸. Deixar de ter esperança pode parecer abandono ou desistência, ou ainda, vácuo e apenas o nada terrificante. Porque acreditamos por toda a vida que era assim que deveríamos perseverar, com esperança. Embora a esperança esteja de todo arraigada na fé cristã, não é proibido senti-la ou enganar-se com ela. Mas o problema é que quando ela se esvai, em seu lugar assume uma culpa cristã, um sentimento de desistência do familiar do doente. Não se sabe conviver com os prognósticos médicos em se tratando da irreversibilidade da doença e de seu avanço até a falência dos órgãos que culminam com a morte do corpo.

Nas sessões anteriores sobre a morte demonstrei como o corpo atinge uma vitalidade de outra ordem, uma vitalidade que envolve uma paz e um sossego peculiar, justamente quando desaparece a tal esperança que o paciente fez permanecer em seus sentimentos por tanto tempo. A esperança acaba, mas a perseverança continua. O

⁷⁸ Conferir vocábulo em Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (FERREIRA, 1988, p. 500).

paciente se conserva, vive sua vida com as forças que ainda lhe restam e quando sente a morte a centímetros de distância sem a mediação da mentira da esperança ele passa a não mais temê-la e percebe que ela já é bem-vinda.

A manutenção da esperança como sinônimo de manutenção da vida é a razão para uma das últimas violências que se atira sobre o paciente terminal. Além de todos os infortúnios da doença, das dores e suas privações, das condições insalubres que o Estado fornece aos pacientes, ainda há a negação ao direito de tomar conhecimento de seu real estado de saúde, ou melhor, do estágio da doença.

Ele escrevia assim: “Maria, aumenta a minha alimentação, pra ver se eu engordo...”, eu disse: “Rudson, é difícil de engordar porque você só toma líquido e eu além de bater, ainda coou, então fica difícil”, e... não era por causa disso, era porque a doença já estava muito... muito avançada, ele até escreveu pra mim, “a minha doença está muito avançada”, ele colocava tudinho no papel. Aí eu sempre dizia, “Não, amor, tu vai ficar bom”, eu sempre falava pra ele, eu nunca cheguei a falar que ele tinha seis meses de vida, isso aí eu nunca falei pra ele, pra mim... eu dizia sempre que ele ia ficar bom... ele dizia assim pra mim: “Preta, tu vais aguentar viver comigo desse jeito?”. Eu disse “vou sim, vou ficar com você até o dia que Deus quiser”... (D. Maria Martins, encontro do dia 17 de maio de 2015).

Até o último dia de vida do Sr. Rudson Martins, a sua mulher lhe disse que ele se recuperaria da doença. Mesmo no hospital em meio aos jatos de sangue que ele expelia no balde que ela colocava para esse fim. Ele não falava mais, não tinha forças para resistir à doença em seu estado definitivamente final, mas, num súbito estancamento da hemorragia ela afirmava que ele receberia alta e que eles regressariam a sua casa. Mentia deliberadamente.

Um sentimento de responsabilidade pelo moribundo, uma tentativa desesperada de enganar a si e ao doente. Uma dissimulação do que era inevitável: a morte. Não há culpados nesse jogo, embora o Sr. Rudson soubesse de tudo – pois não era o seu próprio corpo que experimentava todo aquele sofrimento e decadência de suas forças? – Ele era ator desse teatro decisivo. Acreditar na esperança que sua mulher lhe queria fazer crer era parte de sua responsabilidade em manter a esperança dela. Isso ocorre muito frequentemente durante todo o processo da doença, e não é de hoje, conforme nos informa Ariès:

Cada um é, portanto, cúmplice de uma mentira que acaba levando a morte à clandestinidade. O moribundo e seus familiares representam, entre eles, a comédia do “nada mudou”, da “vida continua como antes”, do “tudo ainda é possível”. Trata-se da segunda etapa da tomada de responsabilidade do moribundo pela família, que começara, muito antes, nas classes superiores desde o fim do século XVIII, quando o moribundo renunciou a impor, por um ato de direito, suas últimas vontades e as confiou diretamente aos herdeiros, isto é, deu-lhes um crédito de confiança. (2014, p. 758).

Uma mentira perfeita. Nenhuma outra poderia ser tão perfeita assim, pois a mentira, quando não é desmascarada e quando se acredita convictamente nela, torna-se verdade. Somente a morte poderia flagrar essa mentira, mas já não importaria nada para o morto. Para os vivos, muito menos, já que se acreditou de modo definitivo que essa era a melhor opção. Que se agiu por proteção e necessidade de manter o doente esperançoso até o fim.

Constituiu-se uma crença tão forte em torno da negação do veredito médico ao paciente acerca do avanço da doença e da fatalidade próxima que não há culpa posterior por parte dos familiares. A mulher do Sr. Rudson, por exemplo, não se arrependeu de ter ocultado ao marido o que os médicos disseram. Achou que essa decisão foi melhor para ele, evitou mais sofrimento.

Eu achei porque se ele sabe que ele tinha pouco tempo de vida, eu acho que ele ia ficar pior, porque só o fato dele se ver no espelho, magro como ele estava já ficava depressivo, e ele, já não queria mais comer, às vezes, não era Valéria? Ele... não... ele dizia assim, que não adiantava ele comer, que ele não ia ficar bom, sabe, que era melhor ele deixar do jeito que tava, pra ele morrer logo, que ele queria se matar... (D. Maria Martins, encontro do dia 17 de maio de 2015).

O mesmo ocorreu com o Sr. Carlos Nobre, cuja família impediu que ele participasse da pesquisa temendo que eu contribuísse para que ele viesse a saber da irreversibilidade da doença, conforme o médico havia dito. Quanto à D. Josiane Cruz, embora seus familiares pouco a acompanhassem aos médicos, percebi em uma das consultas, que o médico não lhe falava claramente quanto ao seu estado, dizia que precisava de mais exames e adiou a próxima cirurgia o máximo que pode, talvez porque soubesse que a mesma não resolveria mais nada. Após a primeira cirurgia, cinco meses depois ela voltou a sangrar, embora já soubesse que se tratava de câncer, a forma como ela se referia ao seu estado, parecia que desconhecia o seu real estado.

Não, ainda veio, ficou quase um mês vindo, mas depois passou⁷⁹. Aí, depois quando estava já com cinco meses lá vem de novo, fiquei doidinha... lá fui... aí ele pediu novamente a ultrassonografia **não deu nada**. É porque ele me encaminhou lá pro Hospital Joaquim Severo⁸⁰ né, eu estou... fazendo... amanhã eu vou pra lá, pra fazer o exame. **Mas o médico lá me disse que foi estagnado** né, então... eu estou nas mãos de Deus. (D. Josiane Cruz, encontro do dia 26 de abril de 2015).

D. Josiane Cruz era uma idosa de 79 anos que vivia só, talvez por isso, os médicos se sentissem receosos de usarem de franqueza com ela. Geralmente é a família que, primeiramente, é informada sobre o estado do paciente. Nesse caso, não havia a quem confidenciar.

De todo modo, a culpa que o paciente cristão carrega durante a doença não se reverbera na família quanto à ocultação do estado irreversível da doença e da proximidade da morte do paciente. Ao contrário, sente-se uma satisfação por ter poupado o paciente de mais sofrimentos, com isso, toda a aproximação que o paciente terminal estabelece com a morte se dá apenas através das experimentações de seu corpo, de suas dores, odores e visibilidade das secreções que expele, dentre outros. A ele não é permitida a propagação da informação, talvez a mais importante de sua vida, mas, ele sempre sabe.

Parto agora para a discussão acerca de como essa culpa cristã se transfigura no âmbito da ciência. Há um novo modo de exercício do poder sobre o corpo massacrado pela doença terminal. A objetividade da ciência se dissimula na subjetividade médica.

Na pretensa objetividade da ciência – leia-se, medicina – em torno dos fatores e das causas das doenças que chegam ao grau de incuráveis, não se pode deixar de notar, também, um ranço daquela culpa ligada ao cristianismo. Por certo não se trata de uma culpa religiosa, propriamente dita, mas de um sentimento de fatalidade diante dos progressos da doença. No bojo de uma sociedade em que a informação atinge um número cada vez maior de pessoas, torna-se inadmissível que uma pessoa se tenha adoecido por desinformação acerca dos males provocados pelo tabagismo, pela ingestão de bebidas alcólicas, por péssimos hábitos alimentares, por falta de prevenção em caso de HIV e falta de exercícios físicos.

⁷⁹ Refere-se ao sangramento.

⁸⁰ Nome fictício.

Não tenho como demonstrar que há uma certa tranquilidade nos profissionais da saúde ao lidar com pacientes terminais⁸¹. Não seria tranquilidade no sentido próprio da palavra, mas um tom de passividade, um quê de é-isso-mesmo ou um-sinto-muito conformado. O paciente – tal qual o cristão – usou de seu livre arbítrio para se alimentar de forma “errada”, para escolher a forma “errada” e perigosa de exercitar seu lazer e cuidar de sua saúde, nada mais óbvio que ele chegasse ao ponto em que chegou, ou seja, que viesse a desenvolver algum tipo de doença grave e incurável. Essa ainda é a tônica do discurso médico, embora já existam pesquisas que contribuam para minimizar a culpa do paciente por suas próprias chagas⁸².

⁸¹ Digo que não tenho como comprovar esses argumentos porque não tive a oportunidade de ouvir oficialmente os médicos e demais profissionais da saúde a esse respeito. As análises que teço aqui são possíveis apenas pelo que os pacientes e seus familiares referiram a mim e pelas observações que fiz ao acompanhar tais pacientes. Devo dizer que cresce em mim o desejo de investigar, em outra oportunidade, como os médicos e enfermeiros enfrentam em seu dia a dia profissional os dilemas dos pacientes terminais; o que eles pensam sobre os pacientes terem ou não o direito de saberem de seu estado quanto à proximidade da morte; o que pensam sobre os familiares que quase sempre escondem essa informação do paciente; de que forma esses profissionais encontram força para lidar com a degradação do corpo do paciente, se recorrem à alguma religião ou se nutrem e se satisfazem apenas dos conhecimentos científicos; o que sentem quando têm de dar um diagnóstico de terminalidade aos pacientes ou a seus familiares; como lidam com a esperança invencível ou insistente de pacientes e familiares sempre à espera de uma boa notícia; quais os impactos em seu ofício e em suas vidas, quando alguns pacientes que, mesmo sem um bom prognóstico, recuperam-se da doença; se suas vidas acadêmicas lhes prepararam de fato para todos os desafios que encontram no exercício profissional; se sofrem ou se preocupam com os riscos de contaminação com os quais convivem ao tratar pacientes com doenças terminais... Com certeza tratar-se-ia de uma outra pesquisa.

⁸² Uma reportagem sobre o câncer, exibida no Jornal Nacional do dia 02 de janeiro de 2015, com a manchete: “Maioria dos tipos de câncer começa por acaso, afirma pesquisa americana”, informa que os genes que herdamos e os hábitos durante a vida, enquanto fatores mais comuns, não são suficientes para responder à questão “o que leva uma pessoa a ter câncer?”. Embora os pesquisadores consultados reafirmem a necessidade de levar uma vida saudável para diminuir as chances de vir a desenvolver a doença, os resultados da pesquisa comprovam que não se pode chegar a um cruzamento de dados infalível ou indubitável acerca dos dois fatores anteriormente citados e o aparecimento do câncer. Um trecho da reportagem diz o seguinte: “Um estudo da Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos, publicado nesta sexta-feira (2) na prestigiada revista científica Science, diz que dois terços dos casos de câncer são resultado de uma loteria no processo de divisão das células-tronco. Os cientistas explicam que elas estão em constante renovação no nosso corpo. E quanto mais se dividem, maior o risco de ocorrer uma mutação, um defeito genético aleatório que leva à doença. Depois de cruzar o número de divisões das células com o risco da população desenvolver câncer em 31 órgãos diferentes, os pesquisadores concluíram: na maioria das vezes, é pura falta de sorte. Como nos casos de câncer nos ossos, no esôfago, no pâncreas e alguns tipos de leucemia, que é o câncer do sangue e da medula óssea. Saber que nem sempre é possível prevenir o câncer pode ajudar a diminuir o sofrimento de muitos pacientes que se sentem culpados pela doença... Edward Benz, presidente do centro de câncer da Universidade de Harvard, diz que a pesquisa tem resultados interessantes, mas que precisam ser comprovados em populações específicas. ‘O lado bom do estudo é reforçar a importância do diagnóstico precoce, que aumenta as chances de cura, e da prevenção. Ninguém deve abrir mão de levar uma vida saudável’, diz. Uma mensagem que a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica reforça. ‘Você não está isento de ter uma doença como o câncer, porque para ter uma doença como essa basta você estar vivo e ter células. Agora, em nenhuma circunstância, ‘eu corro todo dia, tenho uma alimentação saudável. Nada disso adianta?’. Claro que adianta. Estilo de vida também contribui para essa situação’, afirma Evanius Wiermann, presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica”. (Jornal Nacional; reportagem exibida em

A ciência trabalha com probabilidades e, de acordo com as estatísticas, a maioria dos pacientes que desenvolve doenças como o câncer fizeram usos incorretos do álcool, do cigarro, da alimentação e levaram uma vida sedentária. A minoria, os casos que não se encaixam nessas estatísticas, a ciência enquadra nas causas genéticas. O que não se encaixa em nenhuma dessas possíveis causas, fica ao acaso, esconde-se no fosso dos arquivos dos pesquisadores.

Meu movimento nesta sessão não é no sentido de questionar os resultados das pesquisas, muito menos o de apresentar resultados contrários, pois não se trata de uma pesquisa médica, genética ou biológica, meu interesse é tão somente demonstrar que a ciência, no seu afã de providenciar meios para a imortalidade do corpo orgânico não possui atributos para conviver com a morte, sob uma perspectiva que esteja para além de um conjunto de fenômenos e de anomalias que culminam invariavelmente na morte, ou seja, que se concluem com o fatalismo.

Na conversa que tive com o Sr. Rudson e sua família no dia 30 de abril de 2014, extraio e transcrevo abaixo, os trechos nos quais aparecem as expectativas deles quanto aos procedimentos e pareceres médicos, as decepções em relação a esses pareceres e resultados após alguns tratamentos e, também, a descrença da família em alguns dos médicos, isto é, a família, em alguns momentos, precisava duvidar do parecer médico, para manter a esperança, embora percebesse o agravamento do quadro do Sr. Rudson.

D. Maria Martins: Ele... examinando ele, ele disse que infelizmente a doença tinha se avançado, já tava tomando conta da língua dele. Ele teve um momento que ele ficou muito chocado, como eu... que a gente não tava esperando uma notícia dessa porque o doutor falou...

Valéria Martins: Porque ele fez o tratamento como o médico mandou... ele disse que tinha 90% de dá certo, só que o tratamento não deu certo.

D. Maria: Eu perguntava pro doutor Elivelton⁸³ que é da rádio. Doutor, como é que tá? Ele tá reagindo. “A tá. Tá diminuindo”. Então aquilo alí pra gente tava tudo bem, né?

...

D. Maria: Aí lá o doutor Elivelton sai. Aí, quer dizer, já tem um outro médico lá que eu não sei nem quem é. Aí na consulta com o doutor Caito... já tinham passado um exame da garganta pra ele, só que não ficou pronto do dia da consulta. Mas ele examinando a olho nu, ele disse que tá comprometida, mas eu quero ver o exame, na minha mão, se realmente aqui já está comprometido. Entendeu? Quero ver

02/01/2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2015/01/maioria-dos-tipos-de-cancer-comeca-por-acaso-afirma-pesquisa-americana.html>>; acesso em: 09/09/2015).

⁸³ Todos os nomes são fictícios.

primeiro, porque o doutor olhou assim e disse “Olha já tá tudo comprometido... porque não dá pra ver a garganta até⁸⁴ aqui, a língua, né? todo mundo pode se enganar, né? De repente não é como ele pode tá pensando.

Valéria: Ele se enganou da primeira vez.

D. Maria: Aí a gente, depois disso que ele falou... ele disse pra ele assim, que ele ia perder a língua, que ele ia respirar pela garganta, né, que, que, essa sonda, né, nunca mais ia sair da barriga dele, ele ia ter que conviver com isso, foi um choque pra gente porque a gente não tava esperando isso. Aí desde daí a gente ficou assim meio triste, né, abalou a família toda... todo mundo esperançoso que ele ia ficar bom, que ele já ia sair da sonda, a gente já estava contando “Olha amor, acho que daqui lá pra maio você já sai dessa sonda”...

...

D. Maria: Agora o pior é que o médico falou assim, que achou mais difícil, foi que ele não deu garantia, da cirurgia, ele disse assim “olha eu vou fazer a cirurgia mas não garanto que...” porque esse câncer, ele é muito agressivo, ele não corresponde ao tratamento, ele não respondeu à rádio e à químio, né, fez muito mal pra ele, mais do que o câncer

Valéria: Verdade, porque fizeram toda essa área aqui⁸⁵

D. Maria: Foi, foi uma área bem grande.

Valéria: Aí ficou com a garganta muito inflamada...

D. Maria: Ficou.

Valéria: A boca dele encheu de sapinho, não foi, mãe?

D. Maria: Foi, deu muito sapinho na boca dele, ele tem sofrido muito, muito, muito, muito. Eu, já tive assim dias de tá tão desesperada que, sabe, de chorar, chorar, chorar, acordar assim sem ter alegria, sabe? (Trechos da conversa do encontro do dia 30 de abril de 2014).

Os médicos e demais profissionais da saúde, com todo o aparato da ciência, não conseguem criar um artefato educativo para a compreensão do falecimento do organismo, ou seja, da brevidade ou inevitabilidade da morte. Mesmo que tais profissionais se esforcem para explicar de forma tranquila e organizada como a doença corrói e degenera o corpo – o que geralmente não acontece em virtude de uma mecanicidade do discurso médico já tão acostumado a tais experiências – as explicações situam-se de forma dissociada da sensibilidade dos pacientes e dos familiares. Não há uma forma de compatibilidade entre a emoção daquele que recebe a notícia que vai morrer e, juntamente, dos sentimentos dos familiares, com a descrição científica e fria da medicina. Se na escola e, conseqüentemente no ensino de ciências - que está mais ligado aos conhecimentos do corpo - não existe uma educação, uma técnica, um procedimento, uma pedagogia para aprender a conviver com a morte enquanto fato

⁸⁴ Tocou com as duas mãos em seu próprio pescoço próximo ao tronco.

⁸⁵ Valéria mostrou a área do tratamento: logo abaixo do nariz até o fim da garganta.

biológico universal e certo, a área da saúde, por sua vez e com todo o aparato do conhecimento científico, também não possui essa educação.

As estatísticas que podem tanto servir para demonstrar que o paciente tem uma boa chance para se curar da doença, quanto para indicar que essa chance é mínima não aliviam em nada o sofrimento do paciente e de seus familiares. A sinceridade médica ao apresentar um diagnóstico ou parecer que ateste sem nenhuma dúvida o avanço da doença e comprometimento de órgãos, não satisfaz e, às vezes, nem convence esses indivíduos. O conhecimento médico, apesar de toda a crença e confiança que a sociedade lhe deposita, não tem como combater as certezas de indivíduos religiosos sobre a salvação, sobre a esperança... Apesar de sabermos que, a qualquer momento podemos adoecer gravemente e morrer não nos adaptamos a esse saber. Não nos conformamos com essa verdade da natureza, ora porque confiamos demasiadamente no avanço da ciência, ora porque nos foi incutida uma verdade superior e suprema de que aqueles que se arrependem de seus pecados terão a vida eterna.

A escola, o ensino de ciências e a medicina ainda não criaram as condições necessárias para fomentar a compreensão acerca da fragilidade do corpo, de sua vulnerabilidade a outros agentes e de sua falência inevitável. A enorme ênfase sobre o corpo belo e saudável, longe de conseguir, por exemplo, o distanciamento total dos indivíduos do consumo de álcool e tabagismo, contribui ainda mais para o sentimento de culpa do paciente.

A doença que se abate sobre o corpo e mesmo a morte são reveladoras dos desvios, dos excessos do corpo que desrespeitou as regras do paradigma médico-esportivo. Para além do medo suscitado, medo de um perigo sempre atualizado, a prevenção vai ganhando seu lugar e parece ser ela que desenha de um modo mais insidioso a culpabilização daquele que crê ser, assim, responsável pelas suas patologias. (SOARES, 2009, p. 66).

A culpa cristã funde-se com a culpabilidade médica sobre o paciente que, tendo ignorado todos os conhecimentos da área da saúde na atualidade, não teria cuidado de si apropriadamente. Não é apenas a importância que se dá enfaticamente ao corpo saudável e belo pelo ensino de ciências e pela medicina quando estes se destinam a educar os sujeitos, mas todas as instituições que compõem o Estado contribuem para essa dupla culpabilidade. Não poderia dizer de outro modo: todas essas instituições estão atravessadas e constituídas pelos saberes dos especialistas da medicina e das

diferentes vertentes religiosas do Cristianismo. Desta feita, apesar das centenas de mortes diárias no Brasil – por inúmeros motivos e causas – é proibido morrer, não se aprende a morrer, não aceitamos adoecer, não nos conformamos com a fatalidade, porque cremos que seremos salvos, de alguma forma, seja pelo poder da ciência, seja pelo poder das divindades.

São as relações e espaços entre a saúde e a doença que estão tumultuadas. A própria empresa da saúde – em termos privados – aguça o desespero contra a doença; a saúde pública incita essa ideia fixa do corpo saudável e perfeito, como diria Soares (op. cit.), instaurando essa cultura do *bem-estar* perpétuo; a medicina que propaga a ideia e investe na imortalidade do organismo; a mídia e a escola que navegam na mesma direção em prol de uma estética modelar a qual todos precisariam se adequar; é a Igreja que faz acreditar no cuidado do corpo para uma *alma sã*. Todo um movimento molar que se desterritorializa em múltiplas práticas moleculares diárias que assustam, entristecem e causam síndromes do pânico quanto ao adoecer e ao morrer. O descuido com o corpo causa a nossa culpa médico-cristã de cada dia⁸⁶.

Perdemos de vista as relações que se dão em torno da saúde e da doença, desejamos um estado completo e imutável de saúde. Perdemos de foco a mortalidade de nosso corpo, a sua condição inevitável e necessária. Falando sobre a especificidade do caso de Nietzsche, Deleuze nos mostra essa relação tão imbricada:

⁸⁶ Hoje, quando vivencio dois problemas, de hipotireoidismo e de gordura no fígado, lembro-me de quando recebi o diagnóstico médico: com toda a preocupação que minha médica, de muitos anos, tem comigo, percebi uma certa decepção quanto a mim. Como uma pessoa “tão instruída” como eu, poderia se descuidar tanto de sua saúde? Os exames revelavam meus supostos segredos: “opções erradas quanto ao lazer e à alimentação”. A culpa durante os últimos cinco meses foi inevitável, mas, não restando mais nada a fazer, deveria tomar os remédios e fazer a dieta prescritos. A propósito, na edição do Jornal Nacional de 18/09/2015, foi divulgada uma pesquisa, publicada na revista científica Journal of Hepatology, que revela que passar muito tempo sentado, além de causar problema de obesidade e diabetes, pode causar gordura no fígado. Dentre outras informações, a reportagem diz o seguinte: “Os pesquisadores acompanharam durante dois anos a saúde de 140 mil coreanos, e cruzaram os dados com o nível de atividade de cada um. Quarenta mil tinham gordura no fígado, que não foi causada por bebida alcoólica. O problema estava associado a dois comportamentos: ficar muito tempo sentado e fazer pouco exercício. Uma combinação perigosa, que afeta até quem é magro. Para entender porque ficar muito tempo sentado faz mal, é só olhar para o corpo humano. Os médicos dizem que ele foi desenhado para se mover. Deixar os músculos parados faz mal à saúde... O médico Ramon Bataller diz que gordura no fígado é um indicativo de risco de problemas no coração. E como o trabalhador que usa capacete na construção, é preciso considerar que ficar muito tempo sentado é um risco para a saúde”. (JORNAL NACIONAL, 18/09/2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2015/09/ficar-sentado-tempo-demais-pode-fazer-mal-pro-figado-diz-pesquisa.html> Acesso em: 23/09/2015). O sentimento de culpa não se apagou, apenas sua provável causa foi substituída pelo pecado do sedentarismo.

Não identificamos os contrários, afirmamos toda sua distância, mas como que os relaciona um ao outro. A saúde afirma a doença quando ela faz de sua distância com a doença um objeto de afirmação. A distância é, na medida de um braço, a afirmação daquilo que ela distancia. Não é precisamente a Grande Saúde (ou a Gaia Ciência), este procedimento que faz da saúde uma avaliação da doença e da doença uma avaliação da saúde? O que permite a Nietzsche fazer a experiência de uma saúde superior, no momento mesmo em que está doente. Inversamente, não é quando está doente que perde a saúde, mas quando não pode mais afirmar a distância, quando não pode mais por sua saúde fazer da doença um ponto de vista sobre a saúde (então, como dizem os Estóicos, o papel terminou, a peça acabou). Ponto de vista não significa um juízo teórico. O “procedimento” é a vida mesma. (DELEUZE, 2011a, p. 179).

A doença se instaura no corpo quando há anomalias no processo de multiplicação das células, quando nossa resistência e imunidade se enfraquecem, quando recebemos uma carga genética que nos desfavorece, quando somos afetados por qualquer outro corpo, e, também, quando desejamos anular toda e qualquer possibilidade de adoecer e morrer. Às vezes adoecemos por conta do pavor em adoecer. Adoecemos por negligenciarmos alguns cuidados e pela culpa em torno dessa negligência. Saúde e doença não são opostos e contrários, são acontecimentos que preservam entre si uma certa distância, ou melhor, relacionam-se exatamente por essa distância perspectivista.

8. CAMINHANDO POR UM TERRITÓRIO COMPLEXO: O GEOCORPO

Os romancistas são tolos que contam por dias e por anos. Os dias talvez sejam iguais para um relógio, mas não para um homem. Há dias montanhosos e difíceis que levamos um tempo infinito para escalar e dias em declive que se deixam descer a toda velocidade, cantando.

Para percorrer os dias, as pessoas de natureza um pouco nervosa, sobretudo, dispõem, como os veículos automóveis, de “velocidades” diferentes. (PROUST, 2015, p. 151).

Um devir infernal sempre num entremeio, nem só uma coisa ou outra, assim é o geocorpo. O corpo do paciente terminal, mesmo tendo a doença como constante, suas energias, forças e velocidades variam até a finitude do corpo orgânico. Não há estágios que possam ser classificados e comprovados homogeneamente, mesmo que alguns desses estágios pareçam se repetir em todos os pacientes, os mesmos são vividos nas heterogeneidades dos corpos, na singularidade de cada indivíduo e não são constantes em um tempo cronológico, com início, meio e fim, mas em uma espécie de espiral que vai e que vem, e que, mesmo não tendo um centro, conduz e deixa-se conduzir com movimentos centrífugos e centrípetos em cada fragmento de tempo quase instantâneo de acordo com os corpos que ainda afeta e com esses ou outros que ainda lhe podem afetar. “É que as singularidades do mundo servem de princípio para a constituição de individualidades: cada indivíduo envolve um certo número de singularidades e exprime claramente as relações entre elas, fazendo-o em relação ao seu próprio corpo” (DELEUZE, 2006c, p. 138).

Por mais estáticas, amplas e finitas que possam ter as classificações contidas nos conceitos de corpo humano provindas de áreas como a fisiologia, a biologia, a medicina, entre outras, as mesmas não se adequam totalmente e não têm potencial para imaginar o corpo humano em suas constantes metamorfoses, em seus respectivos acúmulos e desgastes de força, em suas diferenças de velocidades durante todo o tempo de vida orgânica.

A incompletude dos conceitos de corpo nas várias áreas do conhecimento se dá por uma série de questões e de variáveis, dentre as quais, o caráter de inacabamento do próprio conhecimento, a complexidade do corpo humano, a impossibilidade de um único profissional dar conta de todas as dimensões da vida de um indivíduo, a tradição da ciência que trabalha por compartimentalização do conhecimento, a fragmentação histórica dos programas, das políticas e dos currículos escolares, a comercialização

econômica que divide tanto as competências quanto os custos por atendimento aos pacientes de acordo com cada patologia, parte do corpo afetada, idade, gênero e até de classe social; pelo percentual muito reduzido de médicos para atender uma determinada população; pelos programas e pelas especializações acadêmicas sob as quais se operam as várias áreas de atuação dos profissionais de saúde.

Dessa forma, o paciente é atendido de acordo com sua patologia ou área do corpo afetada, ou seja, é encaminhado para um determinado especialista da medicina, de acordo com as políticas e com as organizações dos hospitais e dos centros de saúde e, quando o paciente precisa de “ajuda” ou orientações para dar continuidade ao tratamento e às “andanças” para providenciar exames e outros procedimentos é encaminhado para um profissional de assistência social. Geralmente é de praxe, ou, caso o médico perceba que o paciente precisa, este é encaminhado para um profissional da psicologia que, como tal, cuidará da “parte” psíquica do paciente quanto a aceitar e aprender a conviver com uma doença incurável.

Nesse sentido, há um profissional para cuidar ou tratar da “parte” do corpo afetada diretamente pela doença, por exemplo, a língua; há outro para orientar como se efetivarão os procedimentos de controle da doença (enfermeiro); outro para cuidar da “parte” social e econômica do paciente; outro para os impactos da doença no cérebro, ou na alma, ou no espírito – como se queira denominar – do paciente.

Coisa semelhante acontece na escola. O conhecimento sobre o corpo é compartimentalizado pelas várias disciplinas que se ensinam no decorrer da vida acadêmica do aluno; a Biologia, por exemplo, se ocupa de todos os sistemas, órgãos e aparelhos do corpo do humano, especificando suas funções, as conexões internas, apresentando várias doenças que podem atingir cada um desses órgãos, dando exemplos de como mantê-los saudáveis, providenciando informações para que um indivíduo tenha hábitos saudáveis e atinja o maior índice de longevidade; ainda nessa linha, o corpo aparece como uma máquina que precisa de cuidados para que todas as suas engrenagens funcionem a contento, porque, caso contrário, essa máquina pode vir a parar de funcionar. Apesar de apresentar um número considerável de doenças para cada um dos órgãos, a ênfase dessa área de conhecimento se dá sobre os avanços da medicina sempre direcionando para a manutenção do corpo orgânico vivo. A morte aparece apenas como falência dos órgãos vitais, quando não há possibilidade de transplante.

Um aluno com “problemas” relacionados a alguma doença grave e incurável que acomete seu próprio corpo ou ao corpo de alguém que lhe é muito próximo é encaminhado para o setor de “técnicos” da escola – orientadores, supervisores – e, principalmente para o profissional de psicologia. Quando esse aluno “dá muito trabalho” ou quando se detecta um baixo rendimento, os pais ou responsáveis são acionados e lhes é sugerida a procura por ajuda profissional fora da escola. Na maioria das vezes, os professores nem chegam a saber que o aluno está doente ou que possui algum familiar que está em processo de evolução para o óbito.

Não é que os professores e os médicos não queiram ou não compreendam a totalidade e a complexidade do corpo do indivíduo, de suas afecções e das relações que estabelecem em convívio com os outros. É que tudo foi astuciosamente preparado para que funcionasse dessa forma e não de outra. Nosso pensamento, nossas instituições, nossa formação, nossa história familiar... tudo se emoldura sob a forma arborescente de conceber a vida. Coisa fixada no solo por uma raiz porque ligada sempre a uma instituição, legislação, ou raciocínio central, basilar e com poder superior hierárquico; limitada pelo último galho ou ramo de folhas porque compartimentalizada pelas inúmeras “partes”, estratos, órgãos, ou pensamentos hierarquicamente tomados como inferiores ou subalternos. Essa é a vida sob a forma ou sistema arborescente⁸⁷. É uma coisa de cérebro, trata-se de um modo de pensar inclusive o cérebro, como órgão central do corpo, como único capaz de levar o homem ao pensamento e à razão. Talvez Deleuze (2011c) tenha razão quando afirma que não pensamos muito na relação vivida com o cérebro, inclusive a psicologia fala sempre da relação com o corpo, de como se vive com/o corpo, mas do cérebro vivido realmente pouco se fala. As inversões de raciocínios construídas por esse autor sempre me pegam de surpresa, e devo dizer que isso me excita e inspira. E, de novo, deve-se prestar bastante atenção quando ele diz que: “certamente não foi por influência da ciência que mudou nossa relação com o cérebro; talvez fosse o inverso, nossa relação com o cérebro tenha mudado antes,

⁸⁷ Muito sucintamente, para Deleuze e Guattari, e em suas palavras, “os sistemas arborescentes são sistemas hierárquicos que comportam centros de significância e de subjetivação, autômatos centrais como memórias organizadas. Acontece que os modelos correspondentes são tais que um elemento só recebe suas informações de uma unidade superior e uma atribuição subjetiva de ligações preestabelecidas. Vê-se bem isso nos problemas atuais de informática e de máquinas eletrônicas, que conservam ainda o mais arcaico pensamento, dado que eles conferem o poder a uma memória ou a um órgão central. (2011a, p. 36). Mais adiante, eles comentam como esse modelo arborescente dominou toda a história Ocidental, começando assim: “É curioso como a árvore dominou a realidade ocidental e todo o pensamento ocidental, da botânica à biologia, a anatomia, mas também a gnosiologia, a teologia, a ontologia, toda a filosofia...: o fundamento raiz...” (Idem, p. 38).

guiando, obscuramente, a ciência... O cérebro torna-se nosso problema, nossa doença, nossa paixão, mais que nosso controle, solução ou decisão”. (DELEUZE, 2011c, p. 253).

Não apenas a título de orientação conceitual, procede invocar o modelo rizoma que Deleuze e Guattari criam para uma nova forma de pensamento que pode contribuir para a compreensão do mundo e da vida a partir de suas multiplicidades, multiplicidades estas que não podem ser acionadas a partir do raciocínio por acréscimo (do tipo 1+1), mas das inúmeras dimensões e intensidades que compõem qualquer campo ou mapa que se deseja traçar ou compreender. Um resumo das características desse modelo é fornecido pelos autores nos termos a seguir:

diferentemente das árvores ou de suas raízes, o rizoma conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer e cada um de seus traços não remete necessariamente a traços de mesma natureza; ele põe em jogo regimes de signos muito diferentes, inclusive estados de não signos. O rizoma não se deixa reconduzir nem ao Uno nem ao múltiplo... Ele não é feito de unidades, mas de dimensões, ou antes de direções movediças. Ele não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda. Ele constitui multiplicidades lineares a n dimensões, sem sujeito nem objeto, exibíveis num plano de consistência e do qual o Uno é sempre subtraído ($n-1$). Uma tal multiplicidade não varia suas dimensões sem mudar de natureza nela mesma e se metamorfosear... o rizoma é feito somente de linhas: linhas de segmentaridade, de estratificação, como dimensões, mas também linha de fuga ou de desterritorialização como dimensão máxima segundo a qual, em seguindo-a, a multiplicidade se metamorfoseia, mudando de natureza... Oposto ao grafismo, ao desenho ou à fotografia, oposto aos decalques, o rizoma se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga... o rizoma é um sistema acentrado não hierárquico e não significante, sem General, sem memória organizadora ou autômato central, unicamente definido por uma circulação de estados. (DELEUZE E GUATTARI, 2011a, p. 43).

Ambos sistemas – arborescente e rizoma – não se opõem. Tais autores não propõem uma nova dualidade. Tratam-se de infiltrações recíprocas com mutações em ambos modelos. Invoquei o conceito de rizoma, propositalmente, para roubar-lhe algumas relações, características e conexões. Assim como a leitura a Nietzsche convém uma capacidade de vaca, a de ruminar, a de Guattari e Deleuze exige a de imaginação, muito mais do que a simples abstração intelectual. Nesse sentido, o mapa do rizoma ou o rizoma do mapa a mim ressoa com grandes expectativas. É que imagino um corpo com tal complexidade que exige um mapa que funcione tanto como pano de fundo ou

território quanto cama de faquir que espeta, fura, faz sangrar, escorrer, proliferar, misturar e conectar tantos outros corpos que vão além do corpo do faquir e do corpo-cama.

O corpo do paciente terminal, que tantas vezes é tomado pela medicina como o símbolo do *game over* e para o qual só restam os cuidados paliativos, detém uma potência muito importante para a compreensão do corpo humano para além do modelo orgânico. Pois é justamente quando o corpo não apresenta mais as características e funções mais vitais para ser tomado como objeto de estudo e quando o indivíduo não serve nem mesmo como sujeito, ou seja, que possa sofrer a ação de outrem, portanto, incapaz de qualquer sujeição, é que pode fornecer, às outras áreas de conhecimento, a máxima capacidade de exploração da força, da potência, dos movimentos e velocidades que extrapolam a compreensão orgânica.

O corpo do paciente terminal possui os germes – não no sentido da biologia ou da biomedicina – do que muito bem poderia ser chamado de geocorpo. Como primeiro traço, esse corpo não pode ser conhecido apenas pela história do corpo orgânico sob as perspectivas da ciência moderna Ocidental. Não é o corpo explorado por suas inscrições históricas como a acumulação de registros e casos semelhantes de patologias, como se faz desde a medicina classificatória do século XVIII⁸⁸. Esses procedimentos de buscar semelhanças entre os casos foram substituídos pelo avanço da biomedicina que providencia diversos equipamentos e técnicas de diagnósticos mais avançados, mesmo que, a maioria dos casos seja tratada como “tipos”, ou seja, já há uma outra classificação – mais ampla e resultante de estudos sistematizados - das patologias instituída pela comunidade médica. Identificar o tipo de doença, providenciar as técnicas de tratamento – tanto no sentido de cura da doença quanto de amenização de seus efeitos – é colocar em jogo todo um saber disponível, agir tecnicamente de acordo com esse saber, é sobretudo isso que a medicina faz, incorporada no profissional da saúde. O médico - e digo isso sem nenhuma vontade de generalização, haja vista que há espíritos inconformados em todos os estratos da sociedade que possuem uma índole gananciosa em se tratando do conhecimento – segue uma série de cálculos, autômatos, procedimentos, técnicas, códigos, leis... unilateralmente direcionadas para esses fins, ou seja, diagnosticar e tratar a doença. Começa e termina no orgânico.

⁸⁸ Cf. FOUCAULT. Michel (2011) e a segunda sessão deste trabalho.

De certo, essa medicina classificatória do século XVIII propunha um distanciamento entre médicos e pacientes – trata-se do quarto princípio da espacialização primária desse período da medicina, de acordo com a teoria de Foucault (2011). Como demonstrei, tal distância servia para que os queixumes dos pacientes não confundissem ou não deturpassem a sensibilidade médica para identificar a patologia. Notadamente, hoje não há mais essa necessidade pela simples institucionalização daquela tipologia ou nova classificação das doenças, assim também por se contar com tecnologias avançadas de exames que contribuem para diagnósticos mais exatos. Se o distanciamento entre médicos e pacientes é necessário ou não para o estabelecimento do diagnóstico, isso não importa. A questão me parece outra: o distanciamento existe de fato. Com certeza há múltiplas razões que poderiam justificar ou não tal fato, no entanto, as mesmas fogem aos objetivos deste trabalho, de modo que o que me importa afirmar no momento, é que é devido a esse distanciamento, sobretudo, que o geocorpo não pode ser conhecido ainda pela medicina.

A medicina vive à caça da patologia e não do corpo do paciente, o corpo é lido como um atlas que ora revela, ora esconde a doença. Mesmo assim, as afecções entre os corpos de médicos e de pacientes necessariamente existem, independente da vontade ou da concepção desses indivíduos. Não se pode precisar todos os efeitos dessas afecções, mas a verdade é que pacientes e médicos não são mais os mesmos após se encontrarem em uma consulta ou em um tratamento mais duradouro. Todo e qualquer tipo de encontro resulta em uma mudança de fluxos, de sentimentos, de perspectivas. Imagino que deva ser realmente desgastante para os profissionais da saúde minarem todos os dias as suas forças com as dores e com os conflitos alheios, todavia, isso também foge ao que esta pesquisa se propõe. Apenas digo que, em se tratando dos pacientes – como pode ter sido notado nas sessões anteriores – esses encontros os afeta de tal forma que, são levados de um extremo a outro de seus valores morais, como a esperança, levando-os a uma tristeza e a um recolhimento (encolhimento do corpo) insuportáveis que demonstra todo o seu pavor da morte.

Talvez ainda se precise inventar uma outra forma de aproximação entre pacientes e médicos, ou um outro modo de distanciamento. Uma educação acerca da manutenção da inteligência dos espaços necessários entre os indivíduos. Nem perto demais, nem tão longe assim. Afetar e deixar-se afetar sem macular a vida e sem reduzir

drasticamente as forças. Passam-se os anos, as décadas e os séculos e não conseguimos chegar a tal educação. O próprio arcabouço teórico do ensino de ciências, traduzido para os “conteúdos escolares”, de forma fragmentada e orgânica ainda não conseguiu se aproximar de uma perspectiva mais complexa do corpo humano e de suas múltiplas afecções.

Ainda sobre esse primeiro traço do geocorpo, isto é, considerando a incapacidade do mesmo vir a ser conhecido pela história da medicina ou da ciência médica Ocidental, ou seja, pela história do próprio corpo orgânico, refiro-me ao ranço da identidade entre a doença e o doente que mediava a medicina classificatória que ainda subsiste, com certeza, com algumas nuances de diferença. Com efeito, os pacientes a partir do momento que são diagnosticados ou encaixados em determinada patologia passam a ser nomeados com o sobrenome da mesma: “Cruz: paciente oncológica”. A quase exatidão dos exames permite um atendimento rápido, impessoal, às vezes quase imediato. Ao analisar os exames e as fichas do paciente, um médico sem tempo ou alguma sensibilidade não precisaria sequer dirigir o olhar ao paciente, pois ali naqueles artefatos, o médico consegue ver o mau que afetou o corpo do paciente, os infortúnios e dores e, às vezes, prever até o tempo de vida que ainda lhe resta. E se não há tempo para dedicar ao paciente, basta encaminhá-lo para quem tem a competência para os efeitos e procedimentos pré e pós diagnósticos e tratamentos – psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais.

Com o passar do tempo, o próprio paciente – caso não exercite aquela esperança cristã que, inicialmente lhe faz acreditar na possibilidade de continuidade da vida a qualquer custo – passa a se considerar como a própria doença. Inclusive os próprios familiares experimentam um olhar identitário entre a doença e o doente nos momentos mais absurdos de tristeza:

Quando alguém morre, essa pessoa acaba se tornando sua morte. E acho que é mais ou menos isso que está acontecendo com meu pai: ele está se tornando sua própria doença. E é por isso que eu quero deixar registrado quem ele é. (Diário de Regiane Martins, 04 de junho de 2014).

É óbvio que todos queremos e necessitamos de acompanhamento médico quando estamos enfermos e o Estado, tem o dever de providenciar assistência médica a

todos os cidadãos, muito embora não seja isso o que acontece para a maioria da população, levando pacientes e familiares ao desespero:

É muito difícil vê-lo assim como se ele estivesse se apagando a cada dia, o sistema de saúde é muito lento e tudo é muito complicado, é uma demora muito grande para se conseguir uma simples consulta, na minha opinião é isso que deixa a família toda desesperada é o sistema que nunca muda para ajudar os enfermos, quando chamam o paciente para a cirurgia muitas vezes o mesmo já está a óbito. Nós nos sentimos incapazes, é mais fácil ouvir um NÃO do que um SIM⁸⁹, nos procedimentos que o paciente aguarda para a internação. (Diário de D. Maria Martins, 22 de maio de 2014).

Mas a questão acerca da incumbência ou do espaço destinado ao tratamento da doença, que como salientei na primeira sessão, pertence aos primórdios da medicina, hoje passa por uma diferença fundamental: geralmente é o próprio paciente que não quer permanecer no hospital até seu último instante de vida. O hospital institucionalizou-se como o lugar apropriado para o exame e o tratamento da doença, com o tempo, os familiares foram se dissociando da obrigação permanente de cuidados com o moribundo, mesmo porque, a medicina tornou-se o único saber autorizado a cuidar da saúde.

D. Josiane Cruz faleceu no dia 31 de julho de 2015. D. Leda Teles foi quem a acompanhou em seu último mês de vida e me concedeu uma entrevista falando sobre esses dias finais. Quando lhe perguntei se a D. Josiane Cruz havia referido algo sobre o desejo de falecer em sua própria casa, ela respondeu o seguinte:

Ah, ela queria isso. Isso. Ela pediu pra mim, foi que eu liguei pro seu Danilo, eu disse, “seu Danilo, a D. Josiane quer...”, ele tinha acabado de sair de lá... “seu Danilo venha aqui, a D. Josiane quer ir embora”. Aí ele disse, “não, eu vou aí”... foi uns três dias antes da morte, uns três dias antes que ela queria ir embora, ela não queria mais ficar lá, isso aconteceu... (Senhora Leda Teles, entrevista concedida em 27 de outubro de 2015).

Ao hospital destinou-se uma ampliação de suas obrigações: ele não apenas serve para tratar e curar o doente, mas para mantê-lo sob observação e cuidados paliativos até a morte. Os necrotérios não cessam de guardar os corpos até que a família ou órgão competente os removam para o sepultamento. Mas o paciente, em seus momentos finais, deseja retornar ao seu lar e falecer em seus aposentos, um desejo que nem sempre

⁸⁹ Estava grafado assim no caderno (com letra maiúscula e sublinhado).

pode ser atendido, inclusive porque, ao médico não cabe dar alta ao paciente em estado grave e à família cumpre fazer com que o paciente seja atendido até a sua morte evitando assim, a responsabilização por negligência.

Mesmo nessa situação extrema, do paciente agonizando em seus últimos momentos de vida no hospital, a ciência médica não chega a compreender o corpo em suas manifestações de experimentação de um tempo único, da sensação e da concretização da morte, no limiar muito tênue entre a abundância de vida e de seu esgotamento, entre a vida e a efetuação da morte como seu último Acontecimento. A vivência de um tempo em que o corpo experimenta o esgotamento do possível ou a forma vazia do tempo. O que se atinge com o atestado de óbito pelo médico é apenas uma caricatura do corpo humano, uma constituição ou reconstituição da imagem do corpo orgânico, só que, doravante, apenas na forma de cadáver.

Também nessa forma, de cadáver, o corpo ou o geocorpo não é conhecido pelo saber médico, este não chega a sua superfície. O corpo orgânico deixa de ser interessante para a medicina, não pode sequer ser alçado à categoria de objeto – mesmo porque, hoje, os cadáveres que se encontram em franco processo de decomposição desde há horas antes do óbito, são sepultados no menor prazo possível, em menos de vinte e quatro horas – portanto, dele nada se “aproveita” para a ciência, a não ser os registros que ficam nos hospitais, para serem usados como estatísticas e para os cientistas menos míopes.

Os corpos orgânicos diagnosticados com doenças incuráveis que progridem rapidamente para o óbito e os corpos mortos participam de uma classificação única para cada seguimento; aqueles encaixados no tipo de doença terminal e estes como inutilizáveis para a pesquisa através da autópsia. São tomados por suas “semelhanças”, participam de uma generalidade para a qual a ciência médica perdeu o jogo entre a longevidade da vida e a brevidade da morte, entre a doença e a saúde. São todos corpos que morreram de câncer, são todos corpos que morreram de AIDES, são todos cadáveres em rápido processo de decomposição que não servem mais à ciência porque esta já conhece as causas da doença e da morte.

O geocorpo não pode ser conhecido por sua história oficial, isto é, pela história da medicina e de suas áreas afins, porque em tudo se trata de processar um

conhecimento homogêneo e universal atrelado à objetividade científica. Uma história para a qual o corpo humano só tem importância enquanto conserva os germes e microcorpos que podem contribuir para o conhecimento e a cura da doença. O corpo humano, a partir do momento que não apresenta nenhuma positividade à luz da ciência que concorra para esses objetivos, perde sua centralidade, cai numa espécie de poço do desinteresse médico.

Ao menos em uma coisa Georges Canguilhem tem razão: “a vida não conhece a reversibilidade” (2012, p. 138). Isso que ele designa como “fato biológico fundamental” (Idem), para além de sua abordagem orgânica e, em alguns momentos, assumidamente platônica, não há como deixar de reconhecer que, uma vez experimentando determinada patologia o corpo já se metamorfoseia em um outro, já não pode mais voltar a ser o mesmo⁹⁰.

Posso dizer, agora com ajuda de Deleuze e Guattari, que mesmo antes da doença o corpo já era outro em cada um de seus momentos de vida. É sempre um outro de outro, o geocorpo do paciente terminal se dobra sobre dobras infinitas de afecções que providenciam seu outro corpo, sua nova dimensão, uma outra singularidade experimentada em si mesmo.

A partir da leitura muito particular que Deleuze faz sobre alguns conceitos de Leibniz sobre as “mônadas”, a “harmonia”, “pequenas percepções ou percepções insensíveis”, “apercepção”, “Lei da continuidade”, dentre outros⁹¹, é possível compreender como esse processo da dobra e da desdobra sempre remete para algo novo, para um novo estado, ou seja, nunca um dado elemento ou corpo pode voltar ao mesmo. Conforme essa leitura de Deleuze:

Dobras sobre dobras, é esse o estatuto dos dois modos de percepção ou dos dois processos, o microscópico e o macroscópico. Eis por que a desdobra nunca é o contrário da dobra, mas é o movimento que vai de umas dobras às outras. Algumas vezes, desdobrar significa que desenvolvo, que desfaço as dobras infinitamente pequenas que não param de agitar o fundo, mas para traçar uma grande dobra sobre a

⁹⁰ Conferir a segunda sessão desta tese.

⁹¹ Para uma compreensão introdutória acerca desses conceitos, conferir LEIBNIZ, Gottfried Wilhelm. Novos ensaios sobre o entendimento humano, tradução Luiz João Baraúna. Editora Nova Cultural. São Paulo, 1999 (Coleção Os Pensadores).

qual aparecem formas, sendo esta a operação da vigília⁹². (DELEUZE, 2011d, p. 160).

Tal compreensão remete ao que Deleuze (2006a, p. 382) chama de “pensamento sem imagem”, ou seja, a possibilidade do pensamento movido pela diferença e pelo a-fundamento, sem referência, algo muito diferente do pensamento da representação. É todo um encadeamento, de modo que esse pensamento da diferença, da impossibilidade de retorno ao Mesmo, remete também a um “empirismo da Ideia” que nos encaminha para uma teoria da singularidade, estilhaços de pensamentos e de ideias que Deleuze já conseguia ver em Leibniz:

Há, pois, um empirismo da Ideia. Nos mais diversos casos, devemos nos perguntar se nos encontramos diante de elementos ideais, isto é, sem figura e sem função, mas reciprocamente determináveis numa rede de relações diferenciais (ligações ideais não localizáveis)... Uma singularidade é o ponto de partida de uma série que se estende por todos os pontos ordinários do sistema até a vizinhança de uma outra singularidade; esta engendra uma outra série que ora converge para a primeira, ora diverge dela. A Ideia tem a potência de afirmar a divergência; ela estabelece uma espécie de ressonância entre séries que divergem... Portanto, é o jogo da determinação recíproca, do ponto de vista das relações, e da determinação completa do ponto de vista das singularidades, que torna a Ideia progressivamente determinável em si mesma. Este jogo na Ideia é o diferencial; ele percorre a Ideia como multiplicidade e constitui o método de *vicedicção* (que Leibniz maneja com tanto gênio, embora o tenha subordinado a condições de convergência ilegítimas, que ainda manifestavam a pressão das exigências da representação). (DELEUZE, 2006a, p. 385). (Os grifos são do autor, exceto as reticências).

Ainda, talvez, seja preciso dizer que a individualidade não está imediatamente ligada ao “Eu”, pois se assim o fosse ainda estaríamos no campo da representação, uma vez que, “como diferença individuante, a individuação é tanto um ante-Eu, um ante-eu, quanto a singularidade, como determinação diferencial, é pré-individual. Um mundo de *individuações impessoais* e de *singularidades pré-individuais*”. (Idem, p. 383).

⁹² Essa “operação da vigília” a qual Deleuze se refere, trata-se da forma com que se deve compreender o movimento entre a “grande percepção” e as “pequenas percepções” empreendidas por Leibniz para demonstrar como ambas as percepções não têm objeto e nem remetem a qualquer objeto físico, que as pequenas percepções “só remetem ao mecanismo metafísico e cosmológico de acordo com o qual o mundo não existe fora das mônadas que o expressam, mundo que está, portanto, necessariamente dobrado nas mônadas”, (DELEUZE, 2011d, p. 162) ou seja, que as pequenas percepções “são essas pequenas dobras representantes do mundo (e não representações de objetos)” (Idem). E que ambas percepções se apresentam numa espécie de “duplo circuito”.

Todos esses conceitos e entendimentos favorecem a compreensão sobre a multiplicidade de estados, afecções, ânimos, formas, desejos, dores, resistências, esperanças e perseverança que contribuem para as várias mutações pelas quais passam os pacientes terminais, e que me apoiam a denominar de geocorpo o corpo de cada paciente, justamente por se apresentar como um mapa, no qual aparecem essas inscrições movediças que quase sempre não são “lidas” pela medicina e áreas afins e, também, não participa de seu interesse.

É muito difícil precisar, por exemplo, ao modelo do método experimental, quando cada geocorpo assume uma outra forma; quais relações ou qual imbricado de relações contribuiu para uma determinada mudança; como o tempo se desdobra em cada individualidade, em cada face que essa individualidade assume ou cria; como são criados outros modos de se comunicar, de afetar os indivíduos circundantes e por que criam outras formas de continuar vivendo não apenas por um instinto de sobrevivência comum a qualquer animal, mas pela inauguração de um outro instinto, um instinto de busca e de encontro com uma saúde possível.

O geocorpo do paciente terminal elabora uma espécie de *continuum* de dobras sobre dobras durante todo o período de luta contra a doença (antes também, embora não seja esse o foco no momento) e, mesmo após o falecimento do corpo orgânico, o geocorpo continua sua efetuação sobre os corpos de outros indivíduos. Para compreender esse processo, é imperioso que se dê atenção ao tempo, pois, segundo Deleuze (2011c, p. 103-4), fazendo alusão ao romance de Proust, o tempo “não nos é interior, mas somos nós, interiores ao tempo que se desdobra, que se perde e se reencontra em si mesmo, que faz passar o presente e conservar o passado”. Embora Deleuze esteja a falar da “imagem-cristal” do tempo para ou sobre o cinema, essa perspectiva me auxilia na composição ou discussão das dobras sobre dobras do geocorpo do paciente terminal, vejamos a sua definição de tempo:

A subjetividade nunca é a nossa, é o tempo, quer dizer, a alma ou o espírito, o virtual. O atual é sempre objetivo, mas o virtual é o subjetivo: primeiro era o afeto, o que sentimos no tempo; depois o próprio tempo, pura virtualidade que se desdobra em afetante e afetado, “a afecção de si por si” como definição do tempo. (DELEUZE, 2011c, p. 104).

É no tempo, no tempo ínfimo, no tempo duradouro, nas diversas variações do tempo que ainda resta ao paciente terminal, que sua subjetividade opera múltiplas dobras sobre dobras. É no tempo que essas individuações se tornam tantas outras individualidades e cada uma delas é sempre única, diferente. A composição de vários corpos num único corpo, é assim que o geocorpo vai se desdobrando no interior do tempo que ainda lhe pertence.

O geocorpo não é o corpo “interessante” à medicina enquanto ainda serve à perscrutação científica, nem o corpo “desinteressante” para a ciência quando perde todas as possibilidades de objeto. O geocorpo é, de um só lance, aquele que processa e direciona todas as suas forças vitais para a manutenção de sua própria vida, mesmo quando experimenta todo e qualquer tipo de doença que lhe atravessa e mina essas forças. Um corpo que, tal qual o corpo de Nietzsche, produz inúmeros estados de saúde no *intermezzo* com as afecções das doenças. São justamente essas doenças que dizem muito acerca do corpo afetado do paciente, porém, desse corpo, a ciência só pode dizer que ele está fadado ao óbito.

Mas o corpo que passou por todo o tirocínio da doença, não se decompõe apenas na hora ou próximo da morte, o geocorpo passa por inúmeros processos de composição e de decomposição, todos ligados às afecções que dispara e que, ao mesmo tempo, é alvo. É lugar, campo ou território que se esfacela em múltiplas dimensões, todas singulares, complexas e abundantes em vida e estados de morbidez. Assim como o tempo que se duplica e ao mesmo tempo se singulariza, o geocorpo participa de dobramentos e de redobramentos variados e singulares. Não é um atlas anatômico é um mapa que nunca possui coordenadas fixas – apesar e, talvez, pela doença mesmo – a todo momento subtrai desejos e partes do próprio corpo, acrescenta outros, diminui seus movimentos, acelera outros, institui pensamentos e destitui valores e, é sempre um outro em cada uma de suas operações e dimensões. Um mapa com traçados e com linhas complexas, difíceis de tangenciar e impossíveis de classificar.

tento explicar que as coisas, as pessoas, são compostas de linhas bastante diversas, e que elas não sabem, necessariamente, sobre qual linha delas mesmas elas estão, nem onde fazer passar a linha que estão traçando: em suma, **há toda uma geografia nas pessoas**, com linhas duras, linhas flexíveis, linhas de fuga, etc. (DELEUZE E PARNET, 1998, p. 18 - Grifos meus).

Algumas das dimensões que compõem o geocorpo do paciente terminal foram abordadas ao longo deste trabalho. Não podemos ignorar a organicidade que ajuda a compor esse corpo, suas linhas duras ou estratos que se responsabilizam por seu tratamento em partes, de forma fragmentada, pois mesmo essas segmentaridades servem para intervir e afetar o corpo essencialmente orgânico em busca da saúde e em suas relações com a morte. É à medicina que o indivíduo recorre primeiramente, é nela que ele deposita uma de suas maiores esperanças e crenças. O médico vem antes do padre, da religião e de Deus.

Mas, certamente há, como segundo traço do geocorpo, todo um território que a ciência não leva em consideração no paciente terminal, apesar de várias áreas orientadas para o bom funcionamento dos músculos, dos nervos, das articulações e dos movimentos como a fisioterapia, por exemplo. O geocorpo dos pacientes em estado terminal possui coordenadas que não foram vislumbradas ou visitadas pela medicina, trata-se dos cuidados, dos carinhos, das massagens e de outras afecções processadas com os tratadores e dos movimentos que os próprios pacientes efetuaram durante o processo de vivência da doença.

Aos 79 anos e morando sozinha durante toda a sua vida, D. Josiane Cruz teve algumas pessoas que fizeram por ela aquilo que a medicina e o sistema de saúde não fazem, inclusive porque oficialmente não compete a eles.

Então ela estava triste porque ela não podia fazer as coisas, porque a D. Josiane, ela fazia tudo pra ela, então isso que doía nela era das pessoas estarem fazendo pra ela. Ela dizia “poxa Ledinha, eu tenho que ir no banheiro, alguém me levar”(…) então o corpo dela, ela sentia falta daquele corpo vital, cheio de vida, entendeu? Cheio de saúde... às vezes ela dizia “ah, eu tô horrível”, aí eu penteava ela, passava batom... ela dizia “ah, olha como é que eu tô, olha o meu cabelo...”. Eu dizia, ah, D. Josiane, não se preocupe com isso”... “Olha meu pé tá inchado...”.

Eu rezava muito com ela, ela cantava, me lembro do dia que ela faleceu, eu disse: “Bora cantar D. Josiane, não quer rezar?” Cantei a prece de São Francisco, aí ela cantou comigo... eu amo Richard Clair, o pianista, meu preferido, eu tenho no meu celular... aí eu botei pra ela escutar “sonata” que é muito lindo e “nostalgia” que é nostalgia, ela chorou inclusive. Pelo menos ela, como sendo uma pianista e tudo, gostava do clássico, pra ela eu acho que foi uma despedida que eu dei, que foi a última música que ela escutou. E falei a prece de São Francisco de Assis pra ela. Aí foi que... que ela começou a ofegar, né, que ela estava com aquele oxigênio, já tiraram, colocaram aquele de

aspirador... e ela foi, foi, dormiu, como um anjo. (Senhora Leda Teles, entrevista concedida em 27 de outubro de 2015).

Além dos cuidados da D. Leda, D. Josiane Cruz recebeu o carinho e a dedicação de uma outra senhora, D. Mariazinha, que se revezava no hospital e o Sr, Danilo que era uma espécie de tutor e que, na medida do possível, conduzia de carro D. Josiane aos hospitais e consultórios⁹³.

Os carinhos e cuidados que o paciente terminal recebe são contatos, toques, afectos que não apenas ajudam a manter o corpo sob a higiene, mas são atravessamentos que contribuem para a busca de vitalidade e de força para enfrentar a doença. Trata-se de uma dimensão para além do orgânico e, como tal, não participa da cientificidade da medicina moderna. Embora haja toda uma técnica voltada para o tratamento paliativo, nem sempre aqueles que cuidam do paciente, principalmente familiares e amigos, dominam tais técnicas e lançam mão apenas da sensibilidade e do contato que mantém com o paciente terminal. São as próprias relações e contatos que vão dando indicações intuitivas de como proceder, do que e quando fazer e, também, do que o corpo repulsa, do que não se deve fazer.

O organismo, ou a centralidade do pensamento moderno em torno da ideia orgânica sobre o corpo e sobre quase tudo que se dirige à vida é o que se deve destruir para se pensar de fato, ou seja, construir um pensamento pela diferença. Um pensar que se constitui de acordo com os devires de cada corpo, de cada afecção, de cada tempo com toda a sua potência de hecceidade, de algo dessemelhante, sem a necessidade de uma referência ou de um centro hierárquico. Na medida em que o organismo é um estrato, o que Deleuze e Guattari (2012) alertam sobre a importância de *desfazer o organismo* para o Corpo sem Órgãos vale também para o geocorpo:

Desfazer o organismo nunca foi matar-se, mas abrir o corpo a conexões que supõem todo um agenciamento, circuitos, conjunções, superposições e limiares, passagens e distribuições de intensidade, territórios e desterritorializações medidas à maneira de um agrimensor. No limite, desfazer o organismo não é mais difícil do que desfazer os outros estratos, significância ou subjetivação. A significância cola na alma assim como o organismo cola no corpo e dela também não é fácil desfazer-se. E quanto ao sujeito, como fazer para nos descolar dos pontos de subjetivação que nos fixam, que nos

⁹³ De acordo com o depoimento de D. Leda Teles, tanto ela quanto a D. Mariazinha eram cuidadoras voluntárias, nenhuma das duas é enfermeira ou técnica em enfermagem. Além delas, existiam duas moças que também acompanhavam D. Josiane Cruz. Essas duas últimas eram remuneradas.

pregam numa realidade dominante? Arrancar a consciência do sujeito para fazer dela um meio de exploração, arrancar o inconsciente da significância e da interpretação para fazer dele uma verdadeira produção, não é seguramente nem mais nem menos difícil do que arrancar o corpo do organismo. (DELEUZE E GUATTARI, 2012, p. 25-6).

Os cuidados, carinhos e contatos são atravessamentos que intensificam o desejo do corpo de continuar vivo. Não são científicos, portanto, não passam por uma codificação do sujeito como centro, ou como variáveis que possam ser interpretadas e mensuradas entre os sujeitos. Tais atravessamentos permitem a fuga dos encaixes quanto aos supostos estágios fixos pelos quais todos os pacientes terminais passariam de acordo com algumas taxonomias, como, por exemplo, a proposta por Kübler-Ross (1996) em *negação, raiva, negociação, depressão e aceitação*⁹⁴. As afecções entre pacientes terminais e cuidadores-familiares são dimensões desse corpo que não pode mais ser medido, que não é mais objeto da ciência, uma vez que já foi investigado, diagnosticado, medicado, testado, classificado e desenganado.

Se não pode mais ser objeto também perde sua centralidade como sujeito, pois, à medida que desafia todo o pensamento orgânico, não pode ser submetido aos assujeitamentos que competem a toda e qualquer subjetividade, torna-se um corpo sem função, não apenas em termos trabalhistas e sociais, mas também para a medicina. O geocorpo, por tudo isso, apresenta uma potencialidade mais desestratificada, descentrada, solta, volúvel, quase inominável, só pode ser conhecido por seus fluxos, suas travessias e atravessamentos, suas dimensões, velocidades e intensidades. O geocorpo do paciente terminal não pode ser conhecido por sua história – história da medicina, da biologia... – porque tal história lhe fixa um conceito ou um signo imutável, remete-o a uma origem e a um re-conhecimento. Esse corpo só pode ser conhecido por suas indicações geográficas, é o território que importa, é o mapa, porque permite movimentos de territorializações e desterritorialização mesmo quando sente uma diminuição de suas forças. Esse corpo é o meio. É esse corpo-meio que não admite e não suporta mais que sua história seja contada por um único movimento temporal do

⁹⁴ cf. Kübler-Ross (1996), principalmente do capítulo III ao VII.

tipo *Cronos* com início, meio e fim, mas por seus entre-meios longitudinais e latitudinais⁹⁵.

Sem dúvida é difícil dizer, de modo sucinto, o que os autores constroem sob o conceito de Corpo sem Órgãos (CsO). De tudo o que se depreende do volume 3 de Mil platôs, posso dizer que o geocorpo do paciente terminal é um corpo sem órgãos, à medida que possui seus principais estratos (organismo, significação e subjetivação), mas que está a todo momento em fuga desses estratos. Compreende um plano, participa de um coletivo, mas é singular. Para Deleuze e Guattari (2012, p. 28), “o CsO é tudo isto: necessariamente um Lugar, necessariamente um Plano, necessariamente um coletivo (agenciando elementos, coisas, vegetais, animais, utensílios, homens, potências, fragmentos de tudo isto, porque não existe ‘meu’ corpo sem órgãos, mas ‘eu’ sobre ele, o que resta de mim, inalterável e cambiante de forma, transpondo limiares)”. Mais adiante, os autores nos dizem que:

O CsO é o ovo... o ovo é o meio de intensidade pura, o *spatium* e não o *extensio*, a intensidade Zero como princípio de produção. Existe uma convergência fundamental entre a ciência e o mito, entre a embriologia e a mitologia, entre o ovo biológico e o ovo psíquico ou cósmico: o ovo designa sempre esta realidade intensiva, não indiferenciada, mas onde as coisas, os órgãos, se distinguem unicamente por gradientes, migrações, zonas de vizinhança... O CsO não existe ‘antes’ do organismo, ele é adjacente, e não para de se fazer... É sempre *um* corpo. (DELEUZE E GUATTARI, 2012, p. 31 - Grifos dos autores, exceto as reticências).

O corpo sem órgãos não é atingido ou compreendido a partir de uma imagem única do corpo, nem tampouco por um retorno a uma diferença que se desprenda de uma tal totalidade, mas compreender a contemporaneidade (que se faz a todo momento) do corpo a partir de sua própria singularidade, sem referência – orgânica, psíquica, social, estética, gênero, saudável, doente, etc – daí a positividade do artigo indefinido. Desta feita um corpo é tão somente (não no sentido de simplicidade, mas ao contrário, de complexidade) *um* corpo, uma hecceidade.

Nesse sentido é que o geocorpo é um CsO, porque é investido de uma singularidade que a ciência ainda não conseguiu classificar totalmente porque a única

⁹⁵ Quando Deleuze e Guattari (2008, p. 47), decidem definir um corpo num plano de consistência, usam os traçados de uma cartografia; a longitude é “o conjunto dos elementos materiais que lhe pertencem sob tais relações de movimento e de repouso, de velocidade e de lentidão”; a latitude, por sua vez, é entendida como “o conjunto dos afectos intensivos de que ele é capaz sob tal poder ou grau de potência”.

referência que possui é o corpo saudável e longo. Uma singularidade com potencial tão complexo que não permite uma homogeneização perfeita, porque as variáveis que mensuram os corpos dos pacientes terminais se limitam, dentre outras, a identificar o tipo de doença, o órgão afetado, o gênero que é mais atingido, a idade, se o estágio da doença se encontra na categoria de curável ou incurável, a previsão da quantidade de tempo de vida que ainda resta ao paciente, a compilação das estatísticas e a administração dos investimentos e gastos financeiros e estruturais para o atendimento dos pacientes e as possíveis técnicas e comportamentos que possam prevenir o aparecimento da doença. Tais classificações, mensurações e técnicas dizem sobre os corpos dos pacientes terminais que eles são simplesmente isso, terminais.

Mas o geocorpo não pode ser medido, porque ainda não inventamos um instrumento de mensuração para avaliar os modos como cada indivíduo se torna outro em suas dores e em seus conflitos com uma doença que lhe tirará a vida em breve. Poder-se-ia até pensar que seria realmente objetivo comparar os atravessamentos de uma doença que a medicina classifica como de mesmo tipo, num mesmo órgão, em dois indivíduos de mesmo sexo e idade. Todavia, embora se use as mesmas variáveis e categorias, os resultados não poderiam ser iguais ou puramente objetivos, uma vez que cada corpo processa de forma singular seus deslocamentos, cria formas únicas de resistência à dor e ao sofrimento, apropria-se e vive o tempo de modos diferentes, a própria doença nunca seria a mesma, pois que ela própria se metamorfoseia de acordo com o modo com que cada um efetua e contra-efetua as afecções de outros corpos. Trata-se, portanto, de momentos, corpos, invenções, criações, mudanças e investimentos de velocidades, intensidades de desejo e de forças – todos singulares. Puras *hecceidades*.

Há um modo de individuação muito diferente daquele de uma pessoa, um sujeito, uma coisa ou uma substância. Nós lhe reservamos o nome de *hecceidade*. Uma estação, um inverno, um verão, uma hora, uma data têm uma individualidade perfeita, à qual não falta nada, embora ela não se confunda com a individualidade de uma coisa ou de um sujeito. São *hecceidades*, no sentido de que tudo aí é relação de movimento e de repouso entre moléculas ou partículas, poder de afetar e ser afetado. [...] Os contos devem comportar *hecceidades* que não são simples arranjos, mas individuações concretas valendo por si mesmas e comandando a metamorfose das coisas e dos sujeitos (DELEUZE e GUATTARI, 2008, p. 47 - Grifos dos autores).

As hecceidades possuem seu próprio tempo, não há oposição entre as “lentidões extremas” e as “velocidades vertiginosas”. Há “o tempo da medida, que fixa as coisas e as pessoas, desenvolve uma forma e determina um sujeito” que é o tempo *Cronos* e há, também, o tempo *Aion*, “tempo indefinido do acontecimento, a linha flutuante que só conhece velocidades, e ao mesmo tempo não pára de dividir o que acontece num já-aí e um ainda-não-aí... um algo que ao mesmo tempo vai se passar e acaba de se passar”. (Op. cit. p. 48-9). São os entre-tempos de cada corpo-meio e isso não pode ser mensurado. O mais interessante disso é que, sob uma perspectiva do corpo como hecceidade, não há sequer o interesse por qualquer forma de medida, pois é justamente sua diferença que importa.

O tempo é a outra dimensão de extrema importância para o geocorpo, não apenas porque o paciente terminal retém para si que seu tempo é de fato muito precioso e pelos medos em torno de sua brevidade em termos de *Cronos*, mas porque ele experimenta a mais enlouquecida movimentação: são fraturas, retornos, segundos que duram uma eternidade e meses ou anos que se passam num piscar de olhos. Uma dimensão aiônica absurda.

Imaginemos que alguém, no meio de uma conversa de um jantar, crie e conte uma piada para duas pessoas; as pessoas riem, mas a que contou a piada não ri imediatamente, somente após ver e ouvir as outras duas rirem é que cai no riso e se dá conta de que inventou, de fato, uma piada. Quando ri, essa pessoa que contou a piada já se encontra em um outro momento, diferente do momento em que as duas ouviram e riram de sua piada e, ao mesmo tempo, diferente daquele em que ela contou. Velocidades diferentes para as três pessoas, não apenas de raciocínio, mas de humor, de embriaguez, de idades, de gostos, de desejos, de associações, dentre outros. O tempo, aparentemente o mesmo, se desdobrou no acontecimento. Fez uma espécie de retorno sem voltar ao mesmo. Na verdade, o tempo se espalhou entre as três pessoas, rebateu e voltou, foi novamente rebatido e retornado como alguma imagem em múltiplos reflexos de uma sala de espelhos. E esse que foi um momento único – uma ocasião social, um encontro, foi também singular para cada pessoa.

O tempo se dobra e redobra, tempo sobre tempo, *Cronos* e *Aion* se fundem, distanciam-se e voltam sempre a se encontrar conforme o geocorpo faz as suas experimentações com a doença, cria novas saúdes ou momentos de extrema vitalidade e

mesmo após a falência do corpo orgânico – o que poderia ser o xeque-mate de *Cronos*, o geocorpo continua afetando aqueles que continuam vivos através de suas inúmeras contra-efetuações. São tempos *aiônicos* raros, demonstrando que nem a morte do organismo foi capaz de matar toda a vida que rodeia esse corpo já morto. O geocorpo desloca a sua força e a sua potência para além da morte.

Quando o corpo inicia seu processo de despotencialização orgânica, há sempre uma afecção que lhe infecta de energia, que o ajuda a manter a velocidade necessária para continuar a vida. O geocorpo experimenta uma *solidão rodeada*, aquela da indiferença de pessoas que vivem num ritmo frenético e que não podem perder tempo com as dores alheias; aquela que experimenta em meio aos profissionais de saúde que sabem que todo o saber acumulado pela medicina não pode fazer nada para devolver-lhe a saúde; aquela que é vivenciada nas escolas, nas universidades e em tantas outras instituições que têm um cronograma quase inflexível e que não sabem conviver com a doença em estado terminal e com a existência inevitável da morte. Mesmo assim, encontros surpreendentes acontecem e, desses encontros, outras *linhas de fuga* são processadas e realinhadas no mapa do geocorpo. Juntamente com Deleuze,

Acreditamos que as linhas são os elementos constitutivos das coisas e dos acontecimentos. Por isso cada coisa tem sua geografia, sua cartografia, seu diagrama. O que há de interessante, mesmo numa pessoa, são as linhas que a compõem, ou que ela compõe, que ela toma emprestado ou que ela cria. Por que privilegiar a linha em relação ao plano ou ao volume? De fato não há nenhum privilégio. Há espaços correlativos às diversas linhas, e vice-versa. (DELEUZE, 2010b, p. 47).

O que Deleuze e Guattari chamam de *mapa* ou *diagrama* é justamente esse conjunto de linhas. As linhas de fuga não são aquilo que essa expressão poderia supor, ou seja, mecanismos que fazem com que as pessoas fujam de alguma coisa por medo ou covardia, paradoxalmente, até pode ser isso, dependendo das circunstâncias e das necessidades de cada indivíduo. O que importa é que as linhas de fuga são criadoras, participam de um certo instinto de poder vazar das amarras que nos aprisionam, com um tanto de esperteza, outro de liberdade. É que não há nada que possa ser aprisionado por tanto tempo. Em um sistema aberto como o rizoma, tudo vaza, tudo se metamorfoseia, tudo se esparrama e se cruza com outros indivíduos, outras realidades. Vejamos a explicação complementar sobre as linhas de fuga dada por Deleuze (op. cit. p. 48).

Pode-se definir os tipos de linha; daí não se pode concluir que esta é boa e aquela é ruim. Não se pode dizer que as linhas de fuga sejam forçosamente criadoras; que os espaços lisos sejam melhores que os segmentados ou os estriados: como mostra Virilio, o submarino nuclear reconstitui um espaço liso a serviço da guerra e do terror. Numa cartografia, pode-se apenas marcar caminhos e movimentos, com coeficientes de sorte e de perigo. É o que chamamos de “esquizoanálise”, essa análise das linhas, dos espaços, dos devires. Parece que é ao mesmo tempo muito próximo e muito diferente dos problemas da história.

O geocorpo, como um todo, em seu plano de imanência, ou seja, como um mapa único, processa suas inúmeras linhas de fuga de acordo com as dobras que a própria doença lhe processa, de acordo, enfim, com as afecções que esse outro corpo lhe atinge, afeta-o. Não se trata de estágios sequenciais e uniformes. A *solidão miserável* que tratei em outra sessão desta tese apresenta como linha de fuga, uma necessidade de solidão: o corpo entristece, padece, mas não para de sentir o desejo de viver. Apenas sabe que essa solidão pertence somente a si mesmo, porque se trata de uma afecção incompartilhável. Não há empatia que possa processar a mesma dor e a mesma solidão.

Na *solidão miserável* não há ausência total de poder, pois o paciente terminal angaria para si o direito de reservar-se à solidão. Um momento, ou vários momentos de poder dar as costas às convenções sociais e familiares. Por certo é muito constrangedor que aqueles que querem demonstrar solidariedade imponham a sua presença ao paciente terminal quando ele se encontra na mais absoluta vontade de ficar só.

Se a *solidão rodeada* é o efeito de outrem sobre o paciente terminal, a *solidão miserável*, muito mais que o efeito da doença sobre o seu próprio corpo, é a resposta do geocorpo a todos que lhe rodeiam e a criação dessa linha de fuga mesma que lhe permite a aquisição de um tempo único para si mesmo. Ambas são atravessamentos, dimensões, linhas que lhe compõem, linhas que ele mesmo criou para conviver com seu novo estado, com seu novo corpo. Não se trata de um pobre diabo prestes a morrer. Trata-se de alguém que ainda emoldura forças para continuar vivendo, para continuar afetando as pessoas, para impor sua existência a uma medicina que já o trata como cadáver e a um Estado que não vê a hora que ele morra para poder economizar recursos para outros corpos que a medicina diz que ainda é possível salvar.

Porque ela queria se operar. Talvez ela não resistisse, mas ela queria. Porque ela ia fazer essa cirurgia, não tinha nada da perna, o caso é que deu essa trombose, no meio do caminho apareceu a trombose, porque

senão, ela tinha se operado. Só que esse, esse doutor daqui de trás que ficava protelando, então a gente ia pra lá, e vinha, aí um dia eu falei pra ele, eu disse, “doutor como é que, se a gente... ela vem pra lá, vem pra cá, isso debilita ela, vai pra lá, aí chega aqui, o senhor...”, eu falei mesmo pra ele. (Sra. Leda Teles, entrevista do dia 27 de outubro de 2015).

Acima, um trecho da entrevista concedida pela Sra. Leda Teles, que acompanhou D. Josiane Cruz até o seu falecimento. Embora muito reticente, é possível perceber a preocupação de D. Teles em relação aos vários adiamentos da cirurgia de D. Josiane. Ela voltou a ter o sangramento em fevereiro de 2015, faleceu no dia 31 de julho de 2015 e, embora tenha andado todos esses meses para o hospital, não conseguiu a cirurgia. Na verdade, o tumor e o estado de D. Josiane Cruz já estavam muito avançados, é possível que a realização da cirurgia não adiantasse nada, mas nenhum médico disse isso a ela. D. Josiane Cruz, faleceu pensando e acreditando que iria ser submetida à cirurgia e que se recuperaria do câncer.

Outro atravessamento do geocorpo é o que chamei em outra sessão de *corpo apaziguado*. Para além do cansaço e do esgotamento no sentido deleuziano, o geocorpo, em mais uma de suas inúmeras dimensões, experimenta a reconciliação com o corpo tão implacável que não cessa de lhe afetar. Não se trata de mera aceitação ou de entrega do jogo. Não sabemos de fato o que é um corpo ou do que ele é capaz, mas, o geocorpo do paciente terminal pode fornecer muitas formas de pensar o corpo humano. O corpo apaziguado é a dimensão ou relação única do geocorpo com a doença. Trata-se de um aprendizado que não se aprende na escola e talvez nem no hospital, é a criação de uma forma de com-viver com aquilo que se sabe que vai lhe matar.

É um padecimento descontente, cuja alegria é muito fugaz, mas a tristeza não impede que o corpo continue lutando. Pode haver um milhão de razões para que isso aconteça com cada um, nem todas passíveis de compreensão para nós, mas o que importa é que ainda há vida ali. O que nossa compreensão consegue apreender no momento é tão somente que há uma espécie de acionamento de um instinto vital, não apenas o instinto de sobrevivência, às vezes não apenas a crença em um Deus supremo e generoso que lhe venha acudir quando a ciência dos homens falha, mas simplesmente *um devir*, aquilo que não se sabe o que e como é, se vai acontecer ou não, aquilo que, mesmo que se espere, não há certeza nem esperança de que vá acontecer. Uma cartada

de mestre do acaso, de ser tomado de assalto pela vida ou pela morte enquanto se está vivo. O Acontecimento de cada dia ou de toda uma vida.

1. O devir não tem *nenhum estado final*, não desemboca em um “ser” [“Sein”].
2. O devir não é *nenhum estado de aparência*; talvez o mundo *que é* seja uma aparência.
3. O devir é de valor igual em cada momento: a soma de seu valor permanece igual a si mesma: *expresso de outra maneira: ele não tem valor absolutamente nenhum*, pois falta algo segundo o que ele fosse mensurável e em relação a que a palavra “valor” tivesse sentido. (NIETZSCHE, 2011b, p. 358 - Grifos do autor).

O *corpo apaziguado* se torna o estabelecimento de uma outra forma de saúde, talvez não a “grande saúde” criada e experimentada por Nietzsche, mas *uma saúde possível*, aquela que lhe permite continuar a vida, com a qual aprendeu ora a suprimir partes do corpo que não funcionam mais, ora aprender a conviver com dores cujas altas doses de morfina apenas lhe favorecem um alívio mínimo e breve, ora aprender e ensinar como manter limpos e funcionando tubos e sondas atreladas ao seu corpo... E, mais uma vez, não se trata de mera adaptação, trata-se isto sim, de criação de forças, de usufruto da mais plena vontade de poder, vontade de viver materializada. É a experimentação de um outro corpo, o geocorpo.

Quando ela tirou a perna, ela sentiu muito, ela sentiu como ela ia voltar, pra se locomover, com os alunos, aí eu disse, “não, seu Danilo vai comprar uma cadeira de rodas pra senhora”, essa foi muito forte, a perda da perna dela pra ela, psicologicamente ela sofreu, foi um baque pra ela. Mas como ela disse, ela queria sobreviver de qualquer jeito, então, essa perda da perna pra ela foi uma vitória, né, mais um grau que ela subiu na escada né, pra se recuperar. Como ela disse: “Ah, se for pra tirar a outra, não tem problema”, sabe? Que ela escutou o médico falar, porque ele viu, me chamou lá fora, e disse o outro dedo dela já tá querendo... porque não foi gangrena o dedo dela, foi trombose, devido ao tempo que ela ficou acamada, a circulação, com a idade dela né, que ela era uma pessoa, que andava, uma pessoa... e ficar parada... e deu trombose por causa disso. Ela, é, foi muito triste assim, mas ela sempre foi forte, ela nunca reclamou da doença, assim de ter a doença, o que ela reclamava é de ela não poder fazer as coisas, não poder mais ter os alunos dela. (Sra. Leda Teles, entrevista do dia 27 de outubro de 2015).

D. Josiane Cruz já tinha amputado a perna direita e possivelmente teria que amputar a perna esquerda, mesmo assim, desejava viver. A tristeza lhe invadiu, mas não tirou sua vontade de continuar vivendo, já estava se projetando para com-viver com um

corpo sem os membros inferiores, portanto, um outro corpo, contanto que pudesse ainda trabalhar com sua arte.

O geocorpo em sua dimensão de apaziguamento com a doença experimenta uma economia de si, um regramento de sua potência, o poder de afetar a quase todos que lhe rodeiam, mas conserva uma espécie de campo de força que impede que outros lhe afetem, principalmente aqueles dos quais não há muito o que retirar, ou que só se pode retirar instintos de doença e de negatividade. D. Josiane Cruz, em seus últimos dias, ouvia a todos, mas só escutava aqueles que podiam acrescentar alguma coisa de positivo a sua jornada de luta contra a doença.

No definhamento do corpo orgânico, quando já se exauriu toda expectativa de cura pela medicina, o paciente terminal ainda continua afetando outros corpos. Mesmo que todos nunca digam nada sobre o prognóstico médico, ou seja, sobre a evolução da doença e o pouco tempo de vida que ainda lhe resta, ele sabe, pela auto avaliação que faz de si mesmo, de seus movimentos, que a morte se aproxima. E mesmo nesses momentos de extrema tristeza, o geocorpo ainda pulsa fragmentos de alegria e felicidade. Momentos de sabedoria e de testemunho de quem se tornou um outro na doença.

Os médicos sabem né?, o que fazem, depende de cada paciente, tem uns que são mais fortes, tem uns que são mais fracos, eu acredito que se a D. Josiane soubesse que ela estava terminal, ela não tinha sofrido tanto, porque ela é muito forte, ela só era pequena, de estatura, mas ela tinha um... ela era grande, uma mulher muito grande, de coração, de áurea, sabe, ela tinha uma coisa assim, que ela te transmitia, engraçado né, muito forte mesmo, pra todo mundo que ia lá, eles saiam de boca aberta. Quem chegava lá, ela que dava a lição pra gente, sabe... égua, todo mundo ia lá pra fora chorar, ela “Ei! Quem tá chorando aí, volta pra cá! Eu ainda não morri, tô viva!”, sabe? (Sra. Leda Teles, entrevista do dia 27 de outubro de 2015).

A força do geocorpo se dirige sempre para a *perseverança*. Quando a esperança de cura se esvai, o corpo se mantém firme a perseverar. A finitude da esperança remete a uma espécie de culpa, diminuição da fé em Deus ou outra entidade, mas é justamente quando morre a esperança que o geocorpo começa a fabricar outros modos de continuar vivendo.

E quando a morte finalmente se efetua, como exemplo máximo do Acontecimento, a vida se contra-efetua no corpo daqueles que continuam vivos. O

geocorpo continua seus efeitos de vida mesmo após a morte orgânica. Por certo não a última, mas, apenas mais uma das múltiplas dimensões do geocorpo do paciente terminal.

O geocorpo do paciente terminal é único, uma hecceidade, processa múltiplas linhas de fuga em sua luta contra a doença que lhe afeta mortalmente; vive um nomadismo alucinante sobre si mesmo, por isso não se pode falar de “estágios” estanques para as inúmeras experiências do paciente terminal até o óbito. Transmutação constante: um outro antes da doença, vários outros durante a doença. É atravessado por várias dimensões que contribuem para as dobras e redobras sobre si mesmo, sobre sua própria vida: uma solidão rodeada que lhe ignora, uma solidão miserável que impõe aos outros e se dá de presente, povoada por tudo que fez e ainda faz parte de sua existência. Um corpo apaziguado com sua doença que inventa novas formas de continuar vivendo, mesmo que atrelado a tubos e sondas. Uma perseverança obstinada pela vida, mesmo quando não há mais nenhuma esperança de cura. Um corpo que continua fazendo funcionar seus efeitos, fragmentos de afetos, sobre outros corpos vivos, mesmo depois de morto. Um corpo que não pode ser conhecido apenas pela história do corpo orgânico, mas pelas inscrições e pelas linhas que processou em si mesmo como território singular. É assim que o geocorpo do paciente terminal processa suas dobras sobre dobras no tempo.

9. PARA CONTINUAR AS INTENSIDADES... UM SENTIDO: FINALIZANDO UMA LEITURA DO GEOCORPO

O inconsciente disfarce de necessidades fisiológicas sob o manto da objetividade, da ideia, da pura espiritualidade, vai tão longe que assusta – e frequentemente me perguntei se até hoje a filosofia, de modo geral, não teria sido apenas uma interpretação do corpo e uma *má-compreensão* do corpo... Eu espero ainda que um *médico filósofico*, no sentido excepcional do termo – alguém que persiga o problema da saúde geral de um povo, uma época, de uma raça, da humanidade -, tenha futuramente a coragem de levar ao cúmulo a minha suspeita e de arriscar a seguinte afirmação: em todo o filosofar, até o momento, a questão não foi absolutamente a “verdade”, mas algo diferente, como saúde, futuro, poder, crescimento, vida... (NIETZSCHE, 2011c, p. 11-12).

De todo esse processo de estudos que tenho vivido nos últimos quatro anos, aqui acolá estou sempre pensando se não é mais fácil e mais verdadeiro acreditar que após um diagnóstico de doença incurável, o paciente cumpre várias etapas, primeiramente em busca da cura e, paulatinamente, conformando-se e entristecendo-se com sua enfermidade até a morte. Que os médicos têm razão ao ver com determinado equilíbrio, e não meramente frieza, que nada mais há a se fazer a não ser alguns cuidados paliativos até que o paciente finalmente morra. Se todo meu esforço para compreender as proezas de um corpo, do corpo do paciente terminal, e tudo o que encontrei não passam de meros devaneios, de discussões filosóficas talvez, mas sem nenhum fundamento para a ciência, uma vez que este trabalho não fornece “a cura” para a doença e tudo o que importa à medicina, após o diagnóstico, é justamente isso.

Pergunto-me, também, se tudo isso valeu mesmo à pena, pois umas cem vezes me flagrei perguntando o que tenho feito de minha vida, o que estou fazendo com meu próprio corpo... Será que não haveria algo mais interessante e importante a se fazer? O tempo pode se dobrar e desdobrar um milhão de vezes, ou melhor, infinitamente, mas não estaremos aqui, sob esta corporeidade que ora nos apresentamos, para experimentar todas essas dobras sobre dobras que farão de nós mesmos depois que nos formos.

A “verdade”, sempre a verdade. Quem está com a verdade? A ciência? A filosofia? Quem quer a verdade? Que importância tem a verdade? A verdade não tem importância alguma, desde que não esteja ligada a algum sentido. Dizendo de uma

forma mais clara, a verdade só faz sentido se estiver ligada a algum sentido. Mas como sair dessa armadilha se, segundo Deleuze (2011a), o sentido não existe. Lembro-me que, no início desta etapa de estudos quando comecei a ler *Lógica do sentido* (2011a), e quando me perguntavam o que eu estava lendo, eu respondia com um sorriso abestalhado: “Estou lendo um livro chamado *Lógica do sentido* que até agora não tem sentido nenhum para mim!”.

Embora tenha chamado a “verdade” para iniciar esta discussão sobre o sentido, é justo a Deleuze dizer que “o sentido e o sem-sentido têm uma relação específica que não pode ser decalcada da relação entre o verdadeiro e o falso, isto é, não pode ser concebida simplesmente como uma relação de exclusão” (DELEUZE, 2011a, p. 71). Se o verdadeiro exclui o falso e vice-versa, o sem-sentido nem sempre exclui o sentido, mas, se “a verdade é deste mundo”, como nos diz Foucault (2004, p. 12), todo e qualquer sentido também o é. Para Deleuze, o sentido tem uma circulação muito particular entre o significante e o significado para além ou aquém de uma determinação de significação:

O sentido é efetivamente *produzido* por esta circulação, como sentido que volta ao significante, mas também sentido que volta ao significado. Em suma, o sentido é sempre um *efeito*. Não somente um efeito no sentido causal; mas um efeito no sentido de “efeito óptico”, “efeito sonoro”, ou melhor, efeito de superfície, efeito de posição, efeito de linguagem. (DELEUZE, 2011a, p. 73). (Grifos do autor).

O sentido, como efeito, possui uma relação de imanência com sua causa, e é isso que o desassocia de qualquer pressuposto originário. Ficaremos sempre perdidos se porventura procurarmos o sentido em um ser ou lugar transcendental. As razões de nossas ações não estão desligadas dos próprios sentidos que damos a elas.

Aquele que padece de uma doença incurável em estado terminal carrega consigo a dor de ver nos familiares e em todos aqueles que muito lhe amam o medo da ausência de sentido que pode inundar a vida desses indivíduos após a sua morte. Ao mesmo tempo, em algum momento das tantas dobras efetuadas em seu próprio corpo, interroga-se sobre qual o sentido de continuar vivendo, suspeitando de que a morte já está bastante próxima.

Nos momentos de desespero, instala-se também essa ausência de sentido e, solicitar ou chamar pela morte é inevitável:

Ela pedia pra Deus levar ela, naquele momento de dor, aquela dor mesmo dilacerante dela, sabe, aí ela pedia “meu Deus, me leve... minha Nossa Senhora...” Eu rezava o terço com ela. Ela pedia... que tinha hora que ela não aguentava, ela pedia mesmo, várias vezes ela pediu, não foi só uma vez não... isso ela pediu muito. (Sra. Leda Teles, falando sobre D. Josiane Cruz; entrevista em 27 de outubro de 2015).

Irritar-se com Deus, pedir que a morte lhe brinde com sua presença... embora pareça sem sentido, faz todo o sentido quando na vida, não há mais uma distância positiva entre a saúde e a doença (DELEUZE, 2011a, p. 179). Talvez, por conta do temor de que o paciente cometa suicídio ou que seu medo de morrer seja maior do que o doloroso enfrentamento da doença se poupe o paciente das informações sobre seu real estado de saúde, ou melhor, sobre a situação real de sua doença.

O direito ou não de o paciente ter acesso às informações sobre a doença que lhe afeta e lhe está a conduzir para a morte; se é ou não dever do médico ou dos familiares comunicarem tais informações ao paciente; se o indivíduo, paciente terminal, tem ou não o direito e o poder de determinar o dia de sua morte ou de abreviá-la, são todas questões que, sob uma perspectiva ético-estética, voltam-se para o sentido da vida sob algum tipo de fundamento ou de origem.

Nietzsche não tinha dúvida quanto à dignidade que se deve ao indivíduo em seus momentos finais de vida, seja pelo excesso de idade ou excesso da doença. Abaixo, parte de um aforismo muito especial intitulado “Moral para médicos”:

O doente é um parasita da sociedade. Num certo estado, é indecente viver mais tempo. Prosseguir vegetando em covarde dependência de médicos e tratamentos, depois que o sentido da vida, o *direito* à vida foi embora, deveria acarretar um profundo desprezo na sociedade. Os médicos, por sua vez, deveriam ser os intermediários desse desprezo – não apresentando receitas, mas a cada dia uma dose de *nojo* a seus pacientes... Criar uma nova responsabilidade, a do médico, para todos os casos em que o supremo interesse da vida, da vida *ascendente*, exige a mais implacável supressão e rejeição da vida *que degenera* – por exemplo, para os casos do direito à procriação, do direito de nascer, do direito de viver... Morrer orgulhosamente, quando não é mais possível viver orgulhosamente. A morte escolhida livremente, a morte empreendida no tempo certo, com lucidez e alegria, em meio a filhos e testemunhas: de modo que ainda seja possível uma real despedida, em que ainda *está ali* aquele que se despede, assim como uma real avaliação do que foi alcançado e pretendido, uma *suma* da vida – tudo contraste com a miserável e terrível comédia que o cristianismo fez da hora da morte... (NIETZSCHE, 2006, p. 84-5). (Grifos do autor).

É mesmo do suicídio que Nietzsche está falando. Como se vê, a sua perspectiva não é a do direito de tirar a própria vida em qualquer circunstância, mas de manter a vida até onde se possa dela guardar um punhado de vitalidade, ou melhor, de retirar-se quando, de fato, não há mais *vontade de poder*. Sua aversão aos efeitos do cristianismo também contribui para mais essa ousadia, pois, até hoje, requerer o suicídio ou o direito à eutanásia é algo que afronta a maioria que “defende a vida a qualquer custo”. A propósito, Brittany Maynard, paciente terminal que faleceu no dia 1º de novembro de 2014, conquistou esse direito⁹⁶. Suas últimas palavras foram:

Adeus a todos os meus queridos amigos e parentes que amo. Hoje é o dia que escolhi partir com dignidade diante de minha doença terminal, este terrível câncer cerebral que tirou tanto de mim... mas que poderia ter tomado muito mais.

O mundo é um lugar bonito, viajar foi meu melhor professor, meus amigos próximos e meus pais são os maiores doadores. Tenho inclusive um círculo de apoio ao redor da minha cama enquanto escrevo... Adeus mundo. Espalhem boa energia. Vale la pena! (BRITTANY, 2014, s.p.).

Com certeza esse é um tema muito polêmico e, sinceramente, não acredito que nossa sociedade esteja minimamente amadurecida para um debate com tal complexidade, inclusive porque estamos contaminados imensamente por juízos cristãos. Também penso que uma discussão acerca das inúmeras questões que rodeiam o suicídio assistido deveria fazer parte de uma pesquisa diretamente ligada aos médicos, o que foge aos limites do estudo que ora encaminho para sua finalização temporária. Meu único propósito aqui foi provocar a atenção para o sentido, para o sentido que pensamos pertencer à vida. Mas, se me permitem uma insinuação de minha intuição, penso que essa “dose de nojo”, da qual nos fala Nietzsche, já existe, embora de uma forma velada e covarde.

⁹⁶ Com a seguinte manchete: “Morre americana com câncer terminal que anunciou suicídio assistido”, o g1.globo.com, do dia 03/11/2014, divulga a morte de Brittany Maynard conforme havia anunciado no dia 14 de outubro de 2014. Ela tinha 29 anos e conquistou o direito a um suicídio assistido depois de ter sido diagnosticada com um câncer terminal – um glioblastoma, um tumor no cérebro – e que só teria mais seis meses de vida. Ela mudou de São Francisco para Oregon, onde é permitido o suicídio assistido a pacientes em estado terminal. O suicídio assistido aconteceu no dia 1º de novembro de 2014, conforme a vontade de Maynard, confirmado pelo grupo pró-eutanásia Compassion & Choices (Compaixão e Escolhas). (Cf. BRITTANY, 2014, Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2014/11/morre-americana-com-cancer-terminal-que-anunciou-suicidio-assistido.html>> Acesso em: 16/11/2015).

O que também parece não ter sentido é, como aponte em páginas precedentes, temer a morte, de uma forma doentia, todos os dias, uma vez que sabemos que ela é, mais cedo ou mais tarde, inevitável. “A experiência da morte é a coisa mais ordinária do inconsciente, precisamente porque ela se faz na vida e para a vida, ela se faz em toda passagem ou todo devir, em toda intensidade como passagem e devir” (DELEUZE E GUATTARI, 2011b, p. 436-7).

Com base em Blanchot e Deleuze, Pelbart (2010), demonstra as duas faces ou os dois sentidos da morte, assim ele nos diz:

haveria como que duas mortes (ou duas concepções maiores da morte): uma em que ela faz sentido, o não-ser como poder de negar, mas a força do negativo funcionando como alavanca de uma totalização. A morte como uma verdade plena de sentido, a morte como extremo do poder, como minha possibilidade mais própria em que acabo dizendo Eu, mesmo ao morrer. A outra morte, que é mais um morrer que uma morte, mais um rumor do que um fato, é da ordem da incerteza, do excesso, da indecisão do que nunca chega, do que nunca cessa de acontecer... do que não se consuma, do que sempre vem cedo demais ou tarde demais, o que acontece a “ninguém” pois desapossa o alguém do seu próprio eu. (PELBART, 2010, p. 102).

No primeiro caso, é a morte do geocorpo, pleno de sentido, porque é a apoteose de todas as individualidades experimentadas durante todo o processo da doença, de suas debilidades, decadências, de encontro com outras forças, intensificação de suas próprias forças e vida ascendente. O momento único e raro ao qual o paciente terminal, em suas últimas exposições, espera com certa tranquilidade e com lucidez, quando não está em coma induzido por conta da dor insuportável.

No segundo caso, é o morrer perpétuo e infinito que nos ronda a cada segundo de nosso tempo. O que disfarçamos ao comemorar cada aniversário com sorriso nos lábios, cientes de que temos um ano a menos de vida. Tudo é uma questão de perspectiva, somente aquele que fez com que sua vida valesse à pena deveria ter o direito de comemorar mais um ano de vida e não por simples convenção social.

Cronos e Aion estão presentes em ambos casos, confabulando, estreitando-se, bifurcando-se, naqueles movimentos que indiquei em páginas precedentes⁹⁷ entre uma presença-ausência e uma ausência-sempre-presente da morte. Entretanto, é no primeiro

⁹⁷ Conferir sessão intitulada “Da Finitude da Vida Orgânica: A Morte como Acontecimento”.

caso, indicado por Pelbart e no movimento de uma ausência-sempre-presente da morte que Aion toma a forma mais perfeita do Acontecimento e este se confunde com a própria morte. Já o “morrer” é a presença-ausência da morte que nos ronda, mas que dilatamos ou descolamos de nossa vida a todo momento da rotina incessante de um corpo que vive, na esteira de Deleuze (2010a), sempre cansado, sempre se recuperando para novamente retornar às inúmeras tentativas de realizar o possível, possível esse que nunca se realiza totalmente ou objetivamente.

Sobre o sentido da vida é inevitável retornar à morte, porque o único sentido da vida parece ser o não-morrer, justamente um paradoxo, porque o morrer nos cerca a todo momento. Mesmo que essa afirmação nos pareça lógica, não há como homogeneizá-la, pois, é certo que, para o geocorpo do paciente terminal, em algumas de suas dobras mais dolorosas, a única coisa que faz sentido é morrer.

Por isso é tão difícil criar um sentido, doar um sentido ou se responsabilizar pelo sentido da vida de alguém. O único responsável pelo sentido da vida do geocorpo do paciente terminal deveria ser ele mesmo, pois, a priori, o sentido não existe, nisso, mais uma vez, Deleuze é quem nos ensina:

É, pois, agradável, que ressoe hoje a boa nova: o sentido não é nunca princípio ou origem, ele é produzido. Ele não é algo a ser descoberto, restaurado ou re-empregado, mas algo a produzir por meio de novas maquinações. Não pertence a nenhuma altura, não está em nenhuma profundidade, mas é efeito de superfície, inseparável da superfície como de sua dimensão própria. (DELEUZE, 2011a, p. 75).

A superfície é aquilo que está na ordem das intensidades do nosso próprio corpo, tudo aquilo que nos afeta e intercepta, toma-nos de assalto quando menos esperamos. É da ordem do Acontecimento o viver, a morte e o sentido.

O sentido só existe quando o criamos. São os próprios indivíduos em múltiplas conexões, *maquinações*, que condicionam seus fazeres a um determinado sentido. Sob esse ponto de vista, tanto para a medicina, quanto para os pacientes terminais e para a saúde e a doença, é a clínica que precisa de um novo sentido. Mas, um tal sentido, deve ser criado e não doado a partir de uma exterioridade.

O geocorpo, uma vez dilacerado e em plena mutação, não precisa continuar com a corcunda da culpa médico-cristã, pois, a doença o debilitou e o afetou como se tivesse

engolido uma bomba atômica que, por si só, já carrega peso demais. Não precisa que se lhe atribua qualquer sentido para o que ele quer continuar a fazer com a sua própria vida. Precisa sim de algum investimento de humanidade e de dignidade, mas não de uma piedade-compadecida que poderia deixá-lo ainda mais despotencializado.

A compaixão, do ponto de vista cristão, pode ser vista como uma virtude ou como um sentimento nobre, mas há sempre um resquício de superioridade em quem se compadece. É do alto de um estado de saúde que se olha o adoentado. Todavia, deve-se desconfiar, pois, o compadecido também não experimentaria algo de inumano ou, contrariamente, demasiado humano ao sentir pena da dor alheia? A não-compaixão não é sinônimo de egoísmo. A partir de Nietzsche, Cordeiro tece um interessante raciocínio:

Compaixão pressupõe autocompaixão porque irá consistir em uma fuga desse caminho próprio de dor, de tarefa inerente à vida. Assim, quando alguém se compadece com a dor de outro, duas coisas parecem acontecer: 1) Tira-se do outro a sua tarefa, que é o seu caminho próprio de dor, que todos têm que cumprir; 2) Tira-se de si mesmo a sua tarefa, ao desviar-se para satisfazer a tarefa que era própria de um outro. Desse modo, se tem compaixão da sua própria dor, que é a sua própria tarefa, o seu próprio fazer-se, determinar-se. Com isso, temos a dor da própria dor, isto é, o homem condoendo-se da sua própria dor, que é tarefa, atividade, ação que nunca cessa porque vida precisa continuamente ser feita. (CORDEIRO, 2012, p. 239).

O paciente terminal refina seu corpo, porque consegue ver, sentir e pensar, da forma mais brutal possível, toda a ausência de essência e de sentido do homem e da vida. O geocorpo define-se mas, ao mesmo tempo, refina-se na arte de experimentar a vida sem saber o que ou como será o amanhã. Conforme tem o “saldo” de mais um dia, recria e redefine os sentidos para a sua própria existência. Talvez nós, os saudáveis, que ainda não conseguimos sentir esse “sem nada”, esse “sem sentido” é que precisemos de uma dose de compaixão.

A educação formal, a medicina, o ensino de ciências ou qualquer área que tenta efetivar uma educação sempre está em busca da restauração de um sentido ou em busca de um sentido universal que sirva para todo e qualquer mortal. Talvez por isso, em nossas escolas, nem sempre sabemos, compreendemos ou aceitamos os sentidos que cada aluno cria para a sua vida acadêmica, para a sua própria vida e/ou para a sua formação profissional. Na verdade, desconsideramos tanto essa necessidade de autoria dos sentidos que nem nos preocupamos em auxiliar nossos alunos nessa criação, de

modo que, há indivíduos que finalizam determinadas etapas e níveis de escolaridade, por convenção, obrigação, mas sequer sabem o que estão fazendo de suas vidas. Na verdade, nós mesmos, professores, pais, mães, pesquisadores, em alguns momentos ou na maioria deles, também não sabemos como, de que modo, estamos habitando este mundo e conservando nossas forças.

O geocorpo talvez nos dê alguma compreensão acerca dos seus sentidos vacilantes. Ele, em sua derrocada orgânica, pode não mais interessar à medicina, mas pode nos ensinar como finalizar uma vida com alguma dignidade e, após a morte orgânica do geocorpo, é possível que, com alguma sensibilidade e com intuição, ainda possamos ver seus efeitos contra-efetuando-se em nossas vidas e nas vidas dos demais que o cercaram.

Os dias finais de D. Josiane Cruz, demonstrando toda a sua vontade de viver, mesmo tendo amputado uma de suas pernas e sabendo que poderia perder a outra também, a vitalidade do Sr. Moacir Galvão, sem uma das mãos, mesmo com o diagnóstico do terceiro câncer, impacta-nos de alguma forma, é o efeito da vida alheia sobre nossas próprias vidas, a imortalidade da vida. Os últimos anos de vida do Sr. Galvão são narrados assim por sua filha:

Assim mesmo foi com os diagnósticos de câncer. Nos dois primeiros episódios, mesmo fazendo quimioterapia e radioterapia continuou a trabalhar normalmente, mesmo já sendo aposentado. Saía cedinho de casa para fazer os procedimentos no Joaquim Severo e depois pegava ônibus e trabalhava o resto do dia. Por vezes nós até esquecíamos que ele ainda estava fazendo tratamento de saúde, pois continuava com sua alegria habitual e com muita energia e disposição.

Lembro-me de um episódio que minha mãe contou quando o acompanhou a uma consulta e o médico comentou que ele poderia ficar sem voz em virtude do câncer de garganta respondeu *tudo bem doutor eu não sou cantor mesmo!*.

Ele mesmo nos confortava diante do nosso temor em perdê-lo, *eu estou bem! essa não me derruba*. Seguiu trabalhando nos dias de doença e quando recebeu o terceiro diagnóstico de câncer não desanimou, continuou acreditando que com o tratamento poderia se curar. Neste momento, já afastado de suas atividades de trabalho, encarou novamente o agressivo tratamento. Fez cirurgia para melhorar a respiração já comprometida pela doença, queria muito iniciar a quimioterapia logo para combater o câncer e assim ficar novamente curado. No entanto, em dois meses ficou muito debilitado, suas atividades ficaram restritas a ida a consultas e exames médicos. Não podia mais executar ações rotineiras que tanto gostava... (Relato de Mariana Galvão).

É sempre pelo meio, entre ápices da doença e das súbitas convalescências que o geocorpo do paciente terminal encontra uma saúde possível. Talvez nem todos os pacientes que se encontram nesse estágio paliativo para a medicina, consigam assimilar, como Nietzsche e Deleuze, que vivem de formas diferentes a experimentação do que o primeiro filósofo chamou de a Grande saúde, mesmo porque, para tanto, sempre se faz necessária uma grandeza de espírito despida de qualquer entidade transcendental, mas, mesmo sem essa elevação, o empirismo da doença e da saúde possibilita a criação dessa *saúde possível*. Uma saúde que, tal qual a Grande saúde, agencia a condição de vida para os pacientes terminais, o que para os médicos, trata-se apenas de sobrevida.

O que cada um dos pacientes, a seu próprio modo, viveu e desdobrou em seu corpo-tempo foi a intensidade da vida em cada presente. Mas, não com ênfase no presente meramente passageiro do “agora” de Cronos, mas do presente do “Instante” de Aion, onde tudo se passa em intensidades e em vivacidades únicas, uma nítida correspondência entre essas singularidades do tempo e a singularidade de cada geocorpo. Importa não apenas o quanto se pôde reter da vida e do tempo - *contração e duração da síntese passiva*, conforme Deleuze (2006a), mas o que foi possível apreender do tempo e dessa duração – conforme a *síntese ativa do tempo*. Mesmo que em Cronos esse tempo seja curto, para cada geocorpo é a eternidade possível. A quantidade de tempo cronológico, tanto de duração de toda a vida quanto do período de experimentação da doença, não se equivale ao tempo aiônico tantas vezes dobrado e desdobrado em cada geocorpo.

REFERÊNCIAS

MABIS, José Mariano e MARTHO, Gilberto Rodrigues. *Biologia*. 3. ed. São Paulo, 2010. (Ensino Médio).

ARAÚJO, Hugo Filgueiras de. *A dualidade corpo/alma, no Fédon, de Platão*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Filosofia. João Pessoa-PB, 2009.

ARIÈS, Philippe. *O homem diante da morte*; tradução Luiza Ribeiro. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

BENJAMIN, Walter. *O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense 1994, p. 197-221. Disponível em: <<https://cadernodematerias.files.wordpress.com/2012/03/o-narrador-walter-benjamin.pdf>>. Acesso em: 31/08/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 28 de outubro de 2014.

BRITTANY, Maynard, 2014, disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2014/11/morre-americana-com-cancer-terminal-que-anunciou-suicidio-assistido.html>> Acesso em: 16/11/2015).

BRZEZINSKI, Iria. *Pedagogia, pedagogos e formação de professores: Busca e movimento*. 5. ed. – Campinas-SP: Papyrus, 2004.

CÂMARA, Wésley de Sousa. *A regra de ouro de Jesus Cristo*. Disponível em: <<http://www.bibliaafundo.net/2011/04/regra-de-ouro-de-jesus-cristo.html>>. Acesso em: 09/09/2015.

CARDOSO, Janine. Entrevista concedida à Graça Portela em 06/12/2013. *Epidemia de dengue sob o olhar do Jornal Nacional é tema de pesquisa*. (Disponível em:

<<http://www.icict.fiocruz.br/content/epidemia-de-dengue-sob-o-olhar-do-jornal-nacional-%C3%A9-tema-de-pesquisa>> Acesso em: 05/06/2015.

CARRAPIÇO, Francisco J. Nascimento. A origem da vida e a sua evolução. Uma questão central no âmbito da Exobiologia. Revista Anomalia. V. 5. 200. (p. 25-32). Lisboa-Portugal. Disponível em: <<http://azolla.fc.ul.pt/astrobiologia/Exobiologia.pdf>> Acesso: 17/07/2005.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. Tradução: Maria Thereza Redij de Carvalho. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CORDEIRO, Robson Costa. O corpo como grande razão: análise do fenômeno do corpo no pensamento de Friedrich Nietzsche. Apresentação de Gilvan Fogel. São Paulo: Annablume, 2012.

COUTINHO, Francisco Ângelo, MARTINS, Rogério Parentone e RIBEIRO, Natália Almeida. Por uma abordagem relacional ao conceito de vida no ensino de biologia. Revista Brasileira de Pesquisa em Educação. Vol. 14, nº 3, 2014. (p. 139 a 158).

CZERESNIA, Dina. Categoria vida: reflexões para uma nova biologia. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2012.

DELEUZE, Gilles. Ideia e Afeto em Spinoza. Les Cours de Gilles Deleuze. Deleuze/Spinoza. Cours Vincennes – 24/01/1978. Tradução de Francisco Traverso Fuchs. Disponível em: <<http://www.webdeleuze.com/php/texte.php?cle=194&groupe=Spinoza&langue=5>>. Acesso em: 29/10/2014.

_____. Espinosa: filosofia prática. Tradução: Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo. Escuta. 2002.

_____. Diferença e repetição. Tradução Luiz Orlandi e Roberto Machado. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal. 2006a.

_____. A concepção da diferença em Bergson. IN: DELEUZE, G. A ilha deserta: e outros textos. Edição preparada por David Lapoujade; organização da edição brasileira e revisão técnica Luiz B. L. Orlandi. São Paulo, e reimp.: Iluminuras, 2006b. (p. 47-71).

_____. O método de dramatização. IN: DELEUZE, G. A ilha deserta: e outros textos. Edição preparada por David Lapoujade; organização da edição brasileira e revisão técnica Luiz B. L. Orlandi. São Paulo, e reimp.: Iluminuras, 2006c. (p. 129-154).

_____. Nietzsche. Tradução: Alberto Campos. Edições 70 LDA. 2009.

_____. Sobre o teatro: Um manifesto de menos; O esgotado. Tradução: Fátima Saadi, Ovídio de Abreu e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2010a.

_____. Conversações (1972-1990). 2. ed. Tradução de Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 2010b.

_____. Lógica do sentido. 5. ed. Tradução Luiz Roberto Salinas Fortes. São Paulo. Perspectiva. 2011a.

_____. Crítica e clínica. Tradução: Peter Pál Pelbart. 2, ed. São Paulo: Ed. 34. 2011b.

_____. A imagem-tempo (cinema 2). 2ª reimpressão. Tradução Eloisa de Araujo Ribeiro; revisão filosófica Renato Janine Ribeiro. São Paulo: Brasiliense, 2011c.

_____. A dobra: Leibniz e o barroco; 6. ed. tradução Luiz B. L. Orlandi. – Campinas, SP: Papyrus, 2011d.

_____. A imanência: uma vida... Tradução de Alberto Pucheu e Caio Meira (s/d). Disponível em: <<http://www.lettras.ufrj.br/ciencialit/terceiramargemonline/numero11/xiii.html>>. Acesso em 26/11/2013.

DELEUZE, Gilles e PARNET, Claire. Diálogos. Tradução de Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Editora Escuta. 1998.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2. V. 4. 4ª Reimpressão. Tradução de Suely Rolnik. São Paulo. Editora 34. 2008.

_____. O que é a filosofia? 3. ed. Tradução Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2010.

_____. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2, Vol. 1; 2 ed. tradução de Ana Lúcia de Oliveira, Aurélio Guerra Neto e Celia Pinto Costa. São Paulo: Ed. 34; 2011a.

_____. O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia 1. 2. ed. Tradução de Luiz B. L. Orlandi. São Paulo: Ed. 34, 2011b.

_____. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2, Vol. 3; 2. ed. tradução de Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia de Oliveira, Lúcia Cláudia Leão e Suely Rolnik. 2 ed. São Paulo: Ed. 34; 2012.

DEPOIS DA TERRA (filme). Título original: After Earth. Direção: M. Night Shyamalan. Produção: Will Smith, Jada Pinkett Smith, Caleeb Pinkett e James Lassiter. Gravadora Overbrook Entertainment. Estados Unidos da América, 2013. Cor. 107 min.

DESCARTES. René. Discurso do método. 2 ed. Tradução Ciro Mioranza. São Paulo. Editora Escala. 2009.

DOSSE. François. Gilles Deleuze e Félix Guattari: biografia cruzada: tradução Fatima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FERREIRA, A. B. de H. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira S.A., 1988.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 20 ed. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

_____. O nascimento da clínica. 7. ed. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FRANCO, Maria Amélia Santoro. Pedagogia como ciência da educação. Campinas-SP: Papirus, 2003.

FRIAS, Ivan. Prefácio. In: PIGEAUD, Jackie. Metáfora e Melancolia: ensaios médico-filosóficos. Tradução e prefácio: Ivan Frias. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: Contraponto, 2009. (p. 11-26).

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE - ICICT. Epidemia de dengue sob o olhar do Jornal Nacional é tema de pesquisa. 06/12/2013. Disponível em: <<http://www.icict.fiocruz.br/content/epidemia-de-dengue-sob-o-olhar-do-jornal-nacional-%C3%A9-tema-de-pesquisa>> Acesso em: 05/06/2015.

JORNAL NACIONAL. Maioria dos tipos de câncer começa por acaso, afirma pesquisa americana. Reportagem exibida em 02/01/2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2015/01/maioria-dos-tipos-de-cancer-comeca-por-acaso-afirma-pesquisa-americana.html>>; acesso em: 09/09/2015.

_____. Ficar sentado tempo demais pode fazer mal pro fígado, diz pesquisa. Reportagem exibida no dia 18/09/2015. Disponível em: <[http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2015/09/ficar-sentado-tempo-demais-pode-fazer-mal-pro figado-diz-pesquisa.html](http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2015/09/ficar-sentado-tempo-demais-pode-fazer-mal-pro-figado-diz-pesquisa.html)> Acesso em: 23/09/2015).

LEIBNIZ, Gottfried Wilhelm. Novos ensaios sobre o entendimento humano, tradução Luiz João Baraúna. Editora Nova Cultural. São Paulo, 1999 (Coleção Os Pensadores).

KAFKA, Franz. A metamorfose. 2. ed. Tradução Claudia Abeling. São Paulo. Melhoramentos. 2010.

KNOBEL, Marcos e SILVA, A. L. Martins da. O paciente terminal: vale a pena investir no tratamento? In: Revista Einstein, nº 2, 2004. (p. 133-4). Disponível em: <[http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Vol2Num2/O%20paciente%20terminal%20%20\(Marcos\).pdf](http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Vol2Num2/O%20paciente%20terminal%20%20(Marcos).pdf)> Acesso em: 29/10/2014.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução Paulo Menezes, 7 ed. São Paulo. Martins Fontes, 1996.

LAPOUJADE. David. O corpo que não aguenta mais. Tradução: Tiago seixas Themudo. IN: Revista Polichinello, 2011. Disponível em: [Polichinello_David_Lapoujade_O_CORPO_QUE_NÃO_AGUENTA_MAI S.htm](#). Acesso em: 07/11/2013.

LEHRER, Jonah. Proust foi um neurocientista: como a arte antecipa a ciência. Tradução: Fátima Santos. Rio de Janeiro: BestSeller. 2010.

MACEDO, J. C. G. Martins de. Elisabeth Kübler-Ross: a necessidade de uma educação para a morte. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Portugal. 2004.

MANSUR, Carlos Gustavo e DUARTE, Leandro savoy. Depressão e mania. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/52/depressao_e_mania.htm>. Acesso em: 01-10-2014.Revisão postada em 03/09/2008.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. Crepúsculo dos ídolos, ou, Como se filosofa com o martelo; tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

_____. Ecce homo: como alguém se torna o que é; tradução, notas e prefácio Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia da Letras, 2008.

_____. A genealogia da moral. Tradução de Mário Ferreira dos Santos. 2. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011 (a).

_____. A vontade de poder. Tradução do original alemão e notas Marcos Sinésio Pereira Fernandes e Francisco José Dias de Moraes. 1ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Contraponto. 2011 (b).

_____. A gaia ciência. Tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza. 6ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2011(c).

_____. O anticristo: maldição contra o cristianismo; tradução, notas e apresentação de Renato Zwick. Porto Alegre, RS: L&PM, 2011(d).

_____. Humano, demasiado humano: um livro para espíritos livres. Tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza. 7ª Reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras. 2012.

OLIVEIRA, Sued Silva de; e GUIMARÃES, Diva Anelie de A. A importância de parcerias entre professores e pesquisadores para o aperfeiçoamento da prática docente

no ensino de ciências. In: ARAGÃO, R. M. R. de; GONÇALVES, T. O. e GONÇALVES, T. V. O. (Orgs.). Formação e inovação curricular no ensino de ciências e matemáticas: pesquisando ideias, saberes e processos. Belém: CEJUP ED, 2007. (p. 71-90).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acesso em: agosto de 2014.

ORTEGA, Francisco e ZORZANELLI, Rafaela. Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PELBART. Peter Pál. Como viver-só. <<http://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2012/12/19/como-viver-so-palestra-com-peter-pal-pelbart-video-do-4o-seminario-vida-coletiva-seminarios-internacionais-para-a-27a-bienal-de-sao-paulo-abaixo-a-transcricao-integral-da-p/>>. Acesso em 07/11/2013. Palestra proferida em 04 de agosto de 2006.

_____. O tempo não-reconciliado. São Paulo: Perspectiva, 2010.

_____. Vida Capital: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2011.

PIGEAUD, Jackie. Metáfora e Melancolia: ensaios médico-filosóficos. Tradução e prefácio: Ivan Frias. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: Contraponto, 2009.

PROGRAMA BEM ESTAR. 23/10/2015. Mulher que perdeu marido com Parkinson desenvolve capacidade de “cheirar” a doença. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/10/mulher-que-perdeu-marido-com-parkinson-desenvolve-capacidade-de-cheirar-doenca.html>> Acesso em: 27/10/2015).

REVISTA EXAME.COM. Relação médico/habitante está abaixo do indicado, diz IBGE. 29/11/2013. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/ibge-relacao-medico-habitante-esta-abaixo-do-indicado>> Acesso em: 28/10/2015.

REVISTA VEJA. Até o consumo moderado de álcool pode causar câncer. Reportagem Exibida em 08-04-2011. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/consumo-moderado-de-alcool-pode-causar-cancer/>> Acesso em: dezembro de 2014.

PROUST, Marcel. Salões de Paris / Marcel Proust; Tradução: Caroline Fretin de Freitas, Celina Olga de Souza; Guilherme Ignácio da Silva. São Paulo: Carambaia, 2015.

SACKS, Oliver. Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais. Tradução Bernardo Carvalho. 7 reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

SANTANA, C. B. de Araújo e SANTOS, R. Ribeiro dos. Abordagem do corpo humano em um livro didático de ciências do 8º Ano: perspectiva da construção social de pessoas com necessidades especiais. Disponível em: <<http://www.sbenbio.org.br/verebione/docs/62.pdf>>. Acesso em: 03/11/2014.

SCLIAR, Moacyr. Territórios da emoção: crônicas de medicina e saúde. São Paulo: companhia das Letras, 2013.

SEIXAS, Raul - Canto para minha morte. Disponível em: <http://www.vagalume.com.br/raul-seixas/canto-para-minha-morte.html#ixzz3x1hoayeL> Acesso em 12/01/2016.

SILVA, Cíntia Vieira da. Corpo e pensamento: alianças conceituais entre Deleuze e Espinosa. Tese (doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas-SP. 2007.

SILVA, E. P. e SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. In: Revista ACTA Paul Enferm. V. 21(3), 2008. (p. 504-508). Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_20.pdf > Acesso em: 29/11/2009.

SILVA, E. P. de Queiroz. Corpo, biologia e abalos: diálogo com professoras/es e alunas/os, livro didático e propostas curriculares. Revista da SBEnBIO, nº 4. Novembro de 2011 (p. 58-63). Disponível em: <http://www.sbenbio.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2013/08/revista_sbenbio_n4.pdf>. Acesso em: 03/11/2014.

SINAIS (filme). Direção: M. Night Shyamalan. Produção: Frank Marshall, Kathleen Kenedy e Sam Marcer. Gravadora Hollywood. Estados Unidos da América, 2002. Cor. 107 min.

SOARES, Carmen Lúcia. Escultura da carne: o *bem-estar* e as pedagogias totalitárias do corpo. IN: RAGO, M. e VEIGA-NETO, A. (Orgs.). Para uma vida não-fascista. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. (p. 63-81).

TROIA (Filme). Direção: Wolfgang Petersen. Roteiro David Benioff. Baseado na obra *Ilíada*, de Homero. Produtora: Plan B – Entertainment. Estados Unidos. 2004. Cor. 163 min.

SPINOZA, Benedictus. *Ética*. Tradução e notas: Tomaz Tadeu. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2013.