



DISCURSO

& SOCIEDAD

Copyright 2010
ISSN 1887-4606
Vol. 4(3) 471-506
www.dissoc.org

Artículo

**O espaço como uma das categorias de
estudo de questões identitárias**

*Space as one of the categories of study for
questions of identity*

Carmem Jená Machado Caetano

Universidade Federal do Ceará
Universidade Católica de Brasília

Resumo

Partindo da noção de espaço e linguagem como formulada por Gunn (2002), e tendo como alicerce teórico a Análise de Discurso Crítica, como proposta por Norman Fairclough (2003), o texto trata da investigação da (re) construção de identidades de doentes terminais. Elementos da teoria faircloughiana são usados para abordar a categoria espaço nas práticas de linguagem com o propósito de investigar, especificamente, como as pessoas envolvidas em eventos sociais da medicina paliativa¹ representam esse espaço social e como questões de poder e ideologia são percebidos no (s) discurso (s) deste modelo de assistência médica.

Palavras-chave: *identidade, espaço, a linguagem*

Abstract

Originating from the notion of space and language as formulated by Gunn (2002) and based on the theoretical foundation of Critical Discourse Analysis, as proposed by Norman Fairclough (2003), this paper deals with the investigation of (re)construction of identity of terminal patients. Elements of Fairclough's theory are used to approach the category of space in language praxis for the purpose of investigating, specifically, how people involved in social palliative medicine events represent this social space and how issues of power and ideology are perceived in discourse(s) within this model of medical care.

Keywords: *identity, space, language.*

Introdução

Neste trabalho, discuto a importância da noção de espaço em uma instituição hospitalar especializada em cuidados a doentes terminais, também chamada de medicina paliativa, com o objetivo de refletir acerca de identidades por meio da categoria do espaço, que é um aspecto muitas vezes negligenciado nas pesquisas contemporâneas acerca de discurso e identidade. É minha intenção focalizar o espaço nas práticas de linguagem, embora não esqueça que há outras formas de práticas de domínios semióticos, como por exemplo, símbolos, movimentos e gestos, que são importantes em estudos que focalizem a produção do espaço. Minha questão motivadora é: Como as pessoas envolvidas no evento social da medicina paliativa representam esse espaço social e como questões de poder e ideologia são percebidas no(s) discurso(s) deste modelo de assistência? O propósito é identificar os vínculos desta questão com a noção de espaço.

Inicialmente, observarei a noção de espaço em dois temas. Primeiro, o espaço produzido no discurso, como um tópico do discurso; segundo, o espaço como o 'local' do discurso. Nessa linha de raciocínio, estou considerando a ligação entre espaço, ação social e identidade – particularmente entendo que o espaço, é de alguma forma, construído por meio de um fio 'condutor' no qual as atividades humanas e as identidades são (re) construídas. Passo depois, a tratar do estudo do espaço no campo de abordagens da análise de discurso. Em seguida, discuto a questão de identidades institucionais por entender que essa abordagem ajuda a elucidar que identidades podem ser (re) construídas em função da noção de espaço.

Embasada nas considerações da Análise de Discurso Crítica² (doravante ADC), para quem o modo como as pessoas interagem é parte de práticas e estruturas sociais, e na Teoria das Representações Sociais (doravante TRS), que entende que a elaboração de conhecimentos está ligada à estreita relação entre as forças sociais, é que inicio a análise das intenções sociais no que chamo – espaço da dor. Acredito que algumas análises de interações institucionais possam indicar as instituições como 'estruturas' que envolvem poder, dessa forma, têm uma função nas representações identitárias.

1.1. As representações do espaço da dor

Procedo nesta seção, a uma tentativa de inscrever o espaço da dor no campo de abordagens da análise de discurso e, assim, compreender o hospital como o lugar onde o discurso sugere a prática social do cuidado médico que se destina aos/às doentes terminais em seus aspectos ideológicos e de poder.

Diferentemente de uma concepção centralizada e estática de cultura, busco problematizar o significado entendido como propriedade do texto produzido por meio dos relatos feitos tanto pela equipe médica como pelos/as pacientes, proponho que qualquer compreensão que se tenha dele não é fixa ou imutável, uma vez que o hospital não está aqui sendo considerado como espelho da realidade e, sim, como qualquer outro meio de representação que constrói e representa seus quadros de realidade por meio de códigos, mitos, convenções, ideologias, bem como práticas de significação. Isso equivale a dizer que é pelo processo de significação que construímos nossa posição de atores sociais e nossa identidade e que procuramos construir a posição dos outros. Assim, representar é significar algo. Implica impor significados particulares, próprio de um grupo social sobre significados de outros grupos. Por fim, o que pretendo com esta seção e com a seguinte, é trazer para a análise das representações do espaço da dor, a reflexão de como as representações presentes neste espaço estão impregnadas pelo ‘peso’ de valores culturais tradicionais caros à Modernidade. Nesse sentido, tomo as contribuições de Hall (1997) para situar os atores sociais da Modernidade e da Pós-modernidade no contexto das transformações do tempo e espaço, bem como as contribuições de autores como Giddens (1991) e Harvey (2000) sobre as concepções de espaço na Pós-modernidade. É a essas reflexões que dedico minha atenção na próxima subseção.

1.2. Para uma reflexão de conceitos de espaço e representações identitárias de espaço

Nesta subseção, procedo à reflexão do espaço, e de forma indireta a tempo na instituição hospitalar, ancorando-me na concepção desenvolvida por Hall (1997), quando ele afirma que essas categorias são básicas em todos os sistemas de representação e que todo meio de significação, por sua vez, deve traduzir seu objeto em dimensões espaciais e temporais, aqui, no caso, o hospital na modernidade tardia³. Segundo o autor, diferentes épocas culturais têm diferentes formas de combinar essas coordenadas espaço-tempo. Hall nos lembra, ainda, que todas as identidades estão localizadas no tempo e no espaço simbólicos e que elas têm o que Said (1990) chama de “suas geografias imaginárias”, suas paisagens características, seu senso de lugar, bem como localizações no tempo, nas tradições inventadas que ligam passado e presente. Logo, os significados produzidos em relação à instituição hospitalar e às pessoas que a habitam ganham expressão: no caso específico da pesquisa que desenvolvi a equipe de profissionais da saúde e o/a paciente.

Dito de outra forma, falar de representações de tempo e espaço da dor é tomar essas concepções como construções sociais, isto é, não tomá-las

como concepções dadas, *a priori* e, sim, compreendê-las como derivadas da forma da vida social da sociedade. Nesse caso, é perguntar como o espaço e o tempo no hospital, constituíram os participantes e como foram se constituindo – o tempo e espaço – através das formas de vida social.

Na próxima seção, desloco o foco para as necessárias reflexões do que denomino de identidades de espaço.

2. Uma reflexão acerca da importância do espaço nas representações identitárias

Embora muitas pesquisas em ciências sociais, tenham focalizado sua atenção no estudo da vida social em ‘seu contexto’, Dixon (2005) comenta que é característica destas pesquisas desconsiderar uma dimensão fundamental da vida social – a localização geográfica. Espaço e lugar têm sido tratados como receptáculos ou recipientes de que ‘tomados como certos’ são vistos como ‘neutros’ e, portanto, não interessantes para estudos que não sejam da área da Geografia e História, por exemplo. Isto vai de encontro a algumas observações feitas por estudiosos que teorizam a ligação de espaço, lugar e identidade. Um desses estudos é o de Barnes (2000) que nos ensina que quem nós somos está inexoravelmente relacionado ao onde nós estamos, tenhamos estado ou onde estaremos. A centralidade do lugar e do espaço para o entendimento do dia a dia de nossas vidas, tem se tornado um tema emergente e recorrente na teorização das ciências sociais e humanas. Como Dixon (2005: i) aponta-nos:

Todos os aspectos de nossa vida social revelam-se dentro de ambientes (‘lugares’) materiais e simbólicos que são ambos socialmente constituídos e construídos. A este reconhecimento chamamos ‘dimensão espacial’ que torna-nos acessíveis a novos modos de olhar o fenômeno tal como uma formação de identidades sociais e de relacionamentos.

A atenção ao estudo do espaço tem sua origem a partir das teorias do pós-estruturalismo e da pós-modernidade, esboçado na observação de Foucault (1986:22) para quem “nós estamos atualmente vivendo em uma “era do espaço”. Espaço, mais do que ‘tempo’, é crucial para as análises sociais e culturais contemporâneas. O que cada vez mais se observa é que há uma mudança de enfoque para estes estudos, ou seja, há um deslocamento de foco da temporalidade e da história para o espaço e a geografia e sua importância para a teorização dos processos sociais. A prioridade desta mudança, segundo nos explica Gunn (2002) é que o espaço, lugar ou paisagem foram dimensões da vida social, fundamentalmente negligenciadas em estudos sociais críticos. Estudos sociológicos de antecedentes históricos e geográficos nos dizem o quanto há de ligação entre

classe e estrutura espacial de cidades, tratando o espaço como uma categoria abstrata e uniforme. Ainda, segundo o autor (2002:2-3) "houve pouco enfoque no estudo do espaço, como algo que fosse 'produzido' ou que pudesse ser constituído pelo desenvolvimento histórico".

Segundo Gunn (*op.cit*), foi a linguística e a análise de discurso, dentro das ciências sociais e humanas, quem trouxeram um novo entendimento para 'lugar' e 'espaço' como constituintes significantes dos processos sociais e como condutores de significados em seu próprios direitos.

Não se desconhece que o termo espaço seja uma categoria fundamental para a Geografia, mas, também, foi adotado recentemente em análises de diversas áreas do conhecimento. Embora, muitos geógrafos ainda trabalhem a partir de uma noção unidimensional desse conceito, crescem concepções multidimensionais. Para Lefebvre (1991), por exemplo, o espaço social é a materialização da existência humana, contudo, o autor nos esclarece que o espaço social está contido no espaço geográfico, criado pela natureza e transformado pelas relações humanas, existindo, portanto, diversos tipos de espaços materiais e imateriais, como por exemplo: espaços políticos, culturais, econômicos e virtuais.

A relação social em sua intencionalidade cria uma determinada leitura do espaço e assim, é produzido um espaço geográfico e ou social específico. Aqui o espaço social específico é a instituição hospitalar. Nesta subseção, dedico-me a abordar o espaço/lugar produzido no discurso, como um tópico do discurso ou arena de conflitos no qual algumas representações identitárias são (re) criadas e ou modificadas.

Ainda, apoiando-me em Hall (1997), lembro que as pessoas usam o espaço como local apropriado para uma determinada relação social que as produz e as mantém a partir de alguma forma de poder. Nessa medida, os espaços são tanto concretos como imateriais. O espaço geográfico de um hospital, por exemplo, forma um território concreto, assim como a sua representação forma um território imaterial. O conhecimento é um importante tipo de território imaterial. Imaterial ou concreto, o fato é que território possui limites, fronteiras e, assim, é conseqüentemente um espaço propício ao conflito. É no espaço de conflito que as relações ideológicas e de poder acabam 'aflorando' de forma a possibilitar a investigação de representações identitárias. Por exemplo, uma tábua com a inscrição "Ala A"⁴ poderia não ter sentido nenhum até ser colocada em um lugar específico, na entrada do espaço destinado a acolher somente doentes terminais. Embora isto possa ter um significado linguístico abstrato, como placa de sinalização, ela não teve o seu referencial de poder até ter sido colocada firmemente em um determinado lugar. As placas, quadros, sinais, portanto, são fundamentalmente 'indicadores' ganham seus significados e

poder de dividir espaços uma vez que elas são posicionadas como que para esculpir algum espaço, informando a todos que a lerem quem está, e quem não está convidado/a a ocupar o lugar que ela delimita. Uma vez que uma placa, um sinal está em um determinado lugar, torna-se dialogicamente interdiscursiva e intersemiótica.

Scollon e Scollon (2003) discutem diferentes discursos que compreendem “agregados semióticos” em placas ou marcas em espaços públicos. Consegui perceber discursos similares na ala A do hospital pesquisado, ao observar que nesta ala, que é dividida por um longo corredor, há um quadro com nomes abaixo das figuras que os representam, que servem para nomear cada sala ou quarto de paciente, o que de fato pode ser um indicativo de controle da circulação das pessoas nos lugares, uma espécie de divisão de espaços dentro de um local. Apresentarei a seguir um quadro com o nome das salas e dos quartos para maior elucidação da questão.

Quartos de pacientes	Salas da equipe
Quero-quero	Primavera – copa
Beija-flor	Orquídea
Pica-pau	Lírio branco – posto de enfermagem
Sabiá	Azaléia – repouso da enfermagem
João-de-barro	Gérbeja – copa dos servidores
Andorinha	Margarida – sala de nutrição
Sanhaço	Girassol – prescrição médica
	Rosa – laboratório

Figural: Representação dos espaços da ala A

Quando perguntei para a assistente social do hospital o motivo da escolha desses nomes, ela não soube explicar-me e nem dizer quem os havia escolhido. Apenas, informou-me que esta é uma postura típica de um modelo implantado no hospital que é chamado de ‘modelo humanizador’. Porém, estes quadros têm um significado marcado porque eles dividem os espaços e determinam posturas em seu interior. Por que nomes de pássaros para o local de acesso de pacientes e de flores para o espaço da equipe? Só o fato de serem nomes que diferenciam duas categorias de coisas que existem no mundo já pode ser uma indicação de uma diferenciação espacial e identitária.

O espaço e o lugar não são examinados de forma estática, *a priori*, ou como um fenômeno objetivo, mas sim como ferramentas progressivamente e dinamicamente construídas ‘para o pensar e o agir’ (Lefebvre 1991:26). Relativamente, o significado experiencial e cultural de espaço e lugar em construções identitárias é examinado não somente na geografia cultural e humana, mas também pela psicologia e sociologia. Dentro destas

perspectivas de conhecimento, estas ciências argumentam ‘que não somente pessoas fazem os espaços, mas também que os espaços fazem as pessoas’, pelo confinamento então, também, podem oferecer oportunidades para a construção de identidades. Instituições como os hospitais, ‘mais do que incluir sujeitos particulares podem verdadeiramente e ativamente criá-los’ (Thift 1995:4, *apud* Lefebvre 1991). A identidade é vista, desta forma, fundamentalmente como uma categoria de espaço, desde que, entendamos a idéia de ‘território’, ‘eu’ e ‘nós’, como entidades simbólicas, sócio-culturais que são/ou estão divididas em linhas demarcadas fisicamente com o outro. Espaços e lugares podem empregar um significado em torno dos quais identidades são constituídas e representadas.

Um conceito emergente nesta perspectiva da identidade de espaço, que focalizarei agora, é aquela que diz respeito ao modo com as pessoas fazem sentido do seu ‘eu’ via atribuição do significado de lugares. Um exemplo destes significados pode ser expresso em frases idiomáticas tais como: “não há lugar melhor do que o nosso lar”, ou “minha casa é meu castelo”. Porém, no ambiente hospitalar pesquisado há algumas divergências destas posturas estigmatizadas e que, por isso mesmo, são significativas para o entendimento das representações de identidades. Na próxima seção, começo a focalizar mais detalhadamente, as representações identitárias no espaço da dor.

2.1 A representação do espaço da dor por meio da voz de pacientes

Devo aclarar que aqui utilizarei a caracterização de intertextualidade e subentendido conforme utilizada por Fairclough (2003: 47). Segundo o autor há várias outras maneiras menos evidentes de incorporar elementos de outros textos, ou seja, intertextualidade refere-se a uma gama de possibilidades. Tudo que é ‘dito’ num texto, é ‘dito’ numa relação de contraste com o ‘não-dito’, mas tomado como dado. O autor relaciona subentendido com intertextualidade “eu uso o termo genérico ‘subentendido’ para abarcar termos de teor implícito que são distinguidos na literatura da linguística pragmática, como pressuposições, implicações ou acarretamentos” (Fairclough, 2003:40). Como na intertextualidade, subentendidos conectam um texto a outros, a um ‘mundo de textos’, a diferença entre subentendidos e intertextualidade é que – eles os subentendidos –, geralmente, não são atribuídos a textos específicos. É muito mais uma questão de relação entre o texto e o que foi dito, escrito ou pensado em outro lugar, com o ‘outro lugar’ deixado vago. É nesse sentido, que utilizo do termo intertextualidade nas análises desta seção, como um conceito permutável com ‘subentendido’. Portanto, a esta seção cabe propor

por meio de análises quais as vozes presentes e ausentes nos discursos de pacientes e como as relações intertextuais que estão implícitas e, por vezes, explícitas são uma via de denúncia de suas relações com o espaço da dor.

Para a percepção da maioria de doentes, o hospital da modernidade tardia, muitas vezes, traz experiências negativas que afetam o desenvolvimento físico e psicológico dessas pessoas, marcando-as fortemente. A imagem do hospital como o local de dor, juntamente com o medo natural que se tem frente à ambientes estranhos, permanece arraigado na memória de muitos/as. Entretanto, esta postura encontra-se em processo caracterizado como híbrido e fluído já que encontramos posturas diferenciadas no hospital pesquisado. Ou seja, com base em minhas observações participativas e, mesmo diante da leitura dos depoimentos e relatos de pacientes, encontrei percepções diferenciadas às posturas dominantes. Procuro desta forma, investigar por meio das análises abaixo a categoria de intertextualidade/subentendido como uma das possibilidades de entendimento da representação do espaço da dor. Passemos às análises.

2.1.1A intertextualidade/ subentendidos nas narrativas de pacientes

A partir deste tópico, têm início os momentos analíticos sobre a leitura que as pessoas em estado paliativo fazem de sua experiência na ala 'A' do hospital pesquisado. Uma experiência entendida como aquilo que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca, em oposição ao que simplesmente passa. Vejamos o comentário de José⁵, paciente.

(1) José: Quando vi que o diretor me esperava na porta... eu pensei, Isso aqui não é hospital não(...) eu sei que depois que aconteceu isso, apareceu tanta enfermeira , já tirou morfina em mim, já me deu comprimido, já me deu soro, e aquela coisa toda, e eu fiquei assim , o que será que aconteceu com esse hospital que tá tão bom, com todo mundo correndo ai para cima de mim, eu não sabia o que era(..).me trataram tão bem(..) foi bom demais não sei por que?(..)

Destaco a estrutura oracional elaborada por José Trata-se de oração formada pelo ator (o diretor), por um processo material (esperava), a meta (José=me), que pode ser entendida como a complementação que justifica a surpresa do paciente, qual seja o fato de o diretor de uma unidade hospitalar estar esperando um paciente, o que com certeza é algo inusitado. Seguindo minhas análises, ao examinar o mesmo tópico, destaco a categoria de intertextualidade implícita como uma forma de entender a representação que José tem do espaço hospitalar da medicina científico-tecnológica que contrapõe à representação do hospital com cuidados paliativos. Ao topicalizar a estrutura hipotática: (*Quando vi que o diretor me esperava na*

porta eu pensei”) José põe em realce que não é comum o diretor de um hospital esperar pacientes na porta de entrada. José não faz uma menção explícita do seu julgamento acerca de outros modelos, mas reforça seu ‘estranhamento’ quando faz uso de orações de sentido negativo como em: (“*eu não sabia o que era*” e “*isso aqui não é hospital não*” “*eu sei*”, “*foi bom demais eu não sei por que*”). Há uma repetição de negativa – oração negativa seguida de oração positiva. Negação implica que a asserção está em ‘outro lugar’ daquilo que está sendo negado – neste caso, que alguém asseverou que há demasiada diferença de tratamento em hospitais com modelos científico-tecnológicos em relação ao novo hospital. No contexto de onde esse trecho foi extraído, José estava se referindo às diferenças de posturas entre profissionais de saúde dos dois modelos de medicina: o científico-tecnológico e o paliativo. O que ele parece estar implicando é que as pessoas que o atenderam asseveraram ou asseveraram comportamentos diferentes do que ele estava acostumado, o que não deixa de ser um diferencial para o paciente.

O relato enfatiza outro aspecto relevante, qual seja a escolha feita por José de iniciar sua fala com um marcador de temporalidade, “quando vi”, o que promove a interpretação de um sentimento de surpresa

Em sequência, José refere-se ao cenário concreto do hospital, e ao fazê-lo, remete-se a espaços afetivos. Como bem nos adverte Beiro (2005), a paisagem antes de ser um repouso para os sentidos é obra da mente. Desse modo, o espaço não se apresenta aos nossos olhos com um objeto pronto e acabado. Ao contrário, ele nos interpela⁶, cobrando-nos posições de cunho funcional e afetivo e assim por diante. Nesse sentido, o espaço e a paisagem são como explica Beiro (*op.cit*), um texto cultural de muitas dimensões, que se oferece a diferentes possibilidades de leituras simultâneas e igualmente válidas. É essa qualidade do espaço que justifica o fato de José acionar vários campos atitudinais ao avaliar o cenário do hospital, contrariando a expectativa mais comum que seria a de traçar avaliações meramente negativas.

Outro elemento que destaque é o dêitico “isso” como marcador de espaço que é reforçado pelo advérbio de lugar “aqui” e que nos leva a inferir que é algo que acontece em um espaço demarcado. Não se trata de outro lugar, mas do hospital paliativo. Em contrapartida, se afirmo categoricamente que é aqui que acontece desta maneira é porque acredito que em outros lugares não há ocorrências semelhantes.

O cenário a que se refere José é a ala A do hospital com cuidados paliativos, lugar sobre o qual ele inicia a narração, desta forma ele imediatamente se alinha às vozes que representam um local ‘estranho’, lançando uma reação de impacto, ampliado na descrição das ações de profissionais da saúde (“que apareceram”). Ou seja, implicitamente

podemos perceber que este paciente estaria ‘acostumado’ com o exato contrário. Explico: nas instituições hospitalares científico-tecnológicas, a equipe parece ausentar-se. Nunca aparece um/a enfermeira/o ou outro/a profissional tão prontamente. Nesta linha de raciocínio, poderíamos inferir que José tece uma ‘denúncia’ de forma velada, qual seja a de que os atores sociais representados na voz do paciente são diferenciados. Há a marcação explícita das ações de profissionais paliativistas, mas o mesmo não acontece em relação aos/as profissionais com outro modelo de assistência, pelo menos de forma explícita. Segundo van Leeuwen (1997), algumas exclusões não deixam marcas explícitas na representação, porque excluem, quer os atores sociais, quer as suas atividades. Uma exclusão tão radical pode desempenhar seu papel numa comparação crítica de diferentes representações da mesma prática social.

O comentário de Ivo parece corroborar com o relato feito por José. Ambos demonstram uma postura que constrói uma imagem do espaço hospitalar de forma contrastante e diferencial. Um modelo é considerado ‘muito bom’ e o outro, ‘muito ruim’. Vejamos:

(2) Ivo

O melhor hospital que passei é esse aqui. Esse aqui é o melhor. O melhor, não tem coisa melhor(.) eu nem vou falar dos outros que eu passei, a situação lá é grave. O hospital de Base é horrível. Se depender deles a gente morre, morre mesmo, é o mesmo que falar: “ah já vai morrer, morre logo”. (..) é horrível. E a diferença do tratamento de lá pro tratamento daqui. Eu não tenho nem coragem de falar, lá, Ave Maria, parece que eles tavam tratando de porcos. Lá não tem conversa não. Isso não pode é desumano.

Como bem se percebe, o relato de Ivo é categórico e explícito. Ele declara que há diferenças enormes entre os dois modelos de medicina. Ele compara os dois lugares, sempre reafirmando seu desapontamento frente ao cenário a que vinha sendo submetido em relação a um cenário que se revelou melhor.

Neste excerto, destaco a ocorrência dos dêiticos ‘aqui’ e ‘lá’ e sua variante ‘daqui’ como marcadores espaciais elencados com a finalidade de demarcação territorial. Ivo não deixa dúvidas sobre as representações que faz em relação ao hospital com modelo científico-tecnológico (lá). Trata-se de um espaço indigno, inadequado para seres humanos, uma vez que o paciente utiliza-se da metáfora (“eles tavam tratando de porcos”). Segundo Thompson (1995:83), o emprego da metáfora como um tipo de tropo compreende o uso de um termo, na seleção de Ivo “porcos”, para se referir às pessoas, o que possibilita a tensão gerada dentro da sentença. Esta é formada pela combinação de um termo extraído do campo semântico de animais e que estaria sendo atribuído a seres humanos, e, dessa forma, podemos inferir que a associação é feita com um sentido duradouro pelo menos no hospital com modelo científico-tecnológico. Trata-se de uma

estratégia que atribui aos indivíduos ou grupos, características que, na verdade, não possuem, impondo-lhes um sentido negativo. As pessoas doentes estão sofrendo discriminações, e isto acaba por provocar uma atitude desesperada em Ivo, quando fecha seu comentário com a frase “Isso não pode é desumano”.

O destaque em termos de intertextualidade é a inserção do relato indireto no qual Ivo resume o conteúdo do que foi dito, sem o recurso de cópia literal do outro texto. Não há uso de marcas de citação, porém de uma forma clara ele apresenta a mudança de tempo verbal (ah! já vai morrer) e dêixis (‘já’, ‘logo’). Percebe-se outra voz, supostamente da equipe de profissionais de saúde, representando, respectivamente, enfermeiros/as e médicos/as. Outras vozes poderiam ser incorporadas, mas não foram. O que leva a inferir que no espaço hospitalar a ocorrência dos conflitos de vozes é sempre remetida a atores específicos. De forma comparativa, percebe-se que o espaço de Cuidados Paliativos é uma referência positiva para Ivo, enquanto o espaço de cuidados científico-tecnológico teria uma avaliação negativa.

No sentido de complementar as reflexões sobre o espaço feitas até este momento, utilizo-me do estudo de Fiorin (2003:174) que nos ensina que “o espaço linguístico ordena-se “a partir do *hic*, ou seja, do lugar do *ego*”. Todos os objetos são assim localizados, sem que tenha importância seu lugar físico no mundo, pois aquele que os situa se coloca como centro e ponto de referência da localização”. O espaço linguístico para Fiorin é expresso pelos demonstrativos e por certos advérbios de lugar. Para o autor, o espaço linguístico não é o espaço físico, analisado a partir das categorias geométricas, mas é aquele onde se desenrola o enunciado. Daí a pertinência de focalizar a atenção no que nos ensina o linguista brasileiro.

Ainda, em referência ao excerto 2, o pronome demonstrativo (‘*aqui*’) em (‘*o melhor hospital que passei é aqui*’) é espaço do enunciador. Por sua vez, o (‘*lá*’) é determinado em função do (‘*aqui*’). Essas palavras têm duas funções distintas: uma seria a de designar ou mostrar (função dêitica) e uma de lembrar (função anafórica). A primeira função é muito importante, pois da mesma forma como não se pode falar do mundo sem discursivizar, sem temporalizar, também não se pode falar do mundo sem singularizar os seres a que nos referimos. Não se pode construir discursos apenas com referências universais. O demonstrativo partilha com o artigo a função de designar seres singulares, mas não tem como este a função de generalizar. Por outro lado, ainda o que o diferencia do artigo é a sua capacidade de situar no espaço. (‘*O*’) de (‘*o melhor*’) singulariza e especifica o hospital, mas é o *aqui* que situa o hospital, que determina o território, a fronteira na qual Ivo se situa e que pelo seu relato faz a diferença em sua identidade, uma vez que ele sente-se melhor neste (‘*aqui*’) do que no (‘*lá*’).

Destaco, ainda, outra função dos demonstrativos no relato de Ivo, o uso da anáfora. A anáfora, por sua vez, retoma (relembra) o que fora dito, é um dos mecanismos de coesão textual. Ivo pode estar utilizando o ('lá') para marcar em sua lembrança a diferença dos dois locais. Nesta linha de raciocínio, podemos vislumbrar a noção de tempo vinculada a espaço.

Ao lado da anáfora, podemos perceber o uso de uma relação catafórica, ou seja, o ato de enunciar o que vai ser dito, como em ("*Lá não tem conversa*"). Todas essas funções são faces de um mesmo papel desempenhado pelos demonstrativos: designar a singularidade do espaço no qual os/as participantes estão envolvidos bem como demarcar o tempo na fala.

Ainda nesta perspectiva, esse ('lá') pode estar demarcando o espaço do outro. Explico: ('Lá') pode estar empregado com o valor de ('aí'), espaço do outro. Esse uso justifica-se pela necessidade que o paciente parece demonstrar de manter uma distância entre o espaço da ala 'A' e o espaço do hospital com modelo científico-tecnológico.

Pode parecer, à primeira vista, que pacientes participantes desta pesquisa elegem o espaço hospitalar como o seu lugar de preferência, o que na minha percepção seria discutível. Entendo esta atitude exacerbada de preferência pelo local da instituição apenas como uma situação temporária, uma vez que as representações de lar, domicílio não necessariamente estão em jogo nos relatos. Talvez pela força de crenças de que o lugar de doentes seja o hospital, talvez pela crença de que o 'cuidar médico' seja uma prática restrita ao espaço hospitalar. Aqui várias posições entram em conflito.

O que é melhor para pacientes difere entre pacientes e equipe de cuidadores e entre os/as próprios/as pacientes. Entretanto, devo aclarar que não são somente pacientes a fazer comentários acerca de os espaços sociais da medicina paliativa serem diferenciados. Também na voz da equipe, encontro relatos que fazem supor uma congruência de opiniões, com sutis diferenciações. Porém, como tive o propósito de analisar nesta seção apenas as vozes de pacientes, deixo a cargo da próxima seção, a tarefa de demonstrar por meio de minhas análises as congruências e discrepâncias nos relatos de membros da equipe em relação ao espaço hospitalar. Aqui creio ser útil, fazer uma subdivisão em termos de análise das vozes da equipe. Opto por agir dessa forma por entender que duas são as perspectivas de representação do espaço para o grupo de cuidadores. Em primeiro lugar, o destaque será para os atores cujas vozes estão em dissonância com a dos pacientes e/ou familiares. Em segundo lugar, vale conferir que estas dissonâncias ocorrem entre os membros de cuidadores.

4. A intertextualidade/ suposição nas narrativas da equipe

Estudar as representações da equipe em relação ao espaço da dor requer algumas reflexões. Em primeiro lugar, há um hibridismo em relação às representações identitárias de membros da equipe que ora se comportam com posturas típicas do que se espera de paliativistas, ora se comportam de forma que faz lembrar ‘velhas posturas’ tão previsíveis nos modelos de medicina científico-tecnológica. Em segundo lugar, como já argumentei em outro lugar, há o que chamei de ‘arena de conflitos’. Sugiro que há pelo menos dois lugares de disputa na prática social da medicina paliativa. O espaço hospitalar e o espaço do domicílio. A intersecção entre estes dois espaços funciona como uma área de disputa que não é unanimemente demarcada, mas que é ocupada por atores sociais com representações divergentes. De um lado, encontramos pacientes que se recusam a voltar para suas casas quando a equipe acha que já se encontram estabilizados/as, que estão sob controle medicamentoso e, portanto, sem a necessidade de ocuparem um leito hospitalar. Para a equipe, está é a hora de retornar para junto da família ou para junto de pessoas que amam. Entre equipe e familiares de pacientes não há um consenso. Passemos, então à reflexão do primeiro momento.

4.1. Uma posição conflitante: membros da equipe X pacientes e familiares

Em uma interpretação apriorística, o maior aliado da equipe de cuidadores seriam os atores sociais representados pelos familiares os atores sociais que mais desejam que seus entes voltem ao convívio da família. No entanto, segundo relatos de alguns membros da equipe paliativista, os familiares, por vezes, apresentam uma resistência ao trabalho desenvolvido em Cuidados Paliativos e à postura de que a morte deve ocorrer em casa.

O relato (3) aponta dois aspectos produtores de conflito entre profissionais e familiares: o primeiro refere-se à compreensão, concordância e adesão ao ideário paliativista, que pode ser afetado por fatores de diversas ordens, tais como origem sócio-econômica-cultural do/a familiar, sua visão e percepção das representações da morte, seus vínculos afetivos com o/a paciente e, finalmente, aceitação ou negação da proximidade da morte. O segundo aspecto diz respeito à estrutura do serviço de saúde pública, carência de materiais e pessoal. Explico: a família, no processo de aprendizado, pode confundir uma escolha da nova proposta de assistência – como, por exemplo, a recusa de contar com respirador, carrinho para a parada ou Centro de Tratamento Intensivo – com uma carência de pessoal e de

materiais, frequente na assistência pública de saúde. A percepção de uma assistente social sobre este tipo de situação ilustra bem este conflito.

(3) Joelma

O mais difícil é o familiar, os amigos, vizinhos, quem possa estar apoiando. Porque apesar dele estar numa situação estável, clinicamente, ele é uma pessoa que precisa de cuidados. Trata-se de um tempo precioso. Ele precisa de um lugar especial. Então nossa grande preocupação é mandar ele para a casa. É de estar vendo quais as condições que esse paciente vai ter de estar mantendo os cuidados adequados. Quem quer cuidar deles. Na maioria dos casos fica muito difícil porque o paciente não conta com o apoio da família.

(4) Por mais que eles (familiares) tenham acham pouco. Procuramos fazer o máximo para o paciente: manter a tranquilidade, a rotina. Mas mesmo assim, com toda a nossa organização e informação, recebemos este tipo de retorno dos familiares: “você podiam ter feito mais, porque vocês não têm um CTI, isto é desumanidade, vocês vêem que o paciente tá com dor e não fazem nada, mesmo que a medicação tenha sido feita há quinze minutos.

A partir destes relatos, fica claro que há a presença de conflitos de interesses evidentes. Por um lado, temos o desejo da equipe em possibilitar o retorno de pacientes aos seus domicílios, por outro temos a família, amigos e ou vizinhos que não querem ou não podem cuidar desses pacientes. Trata-se de uma situação difícil. Supomos que nesta arena de conflitos o/a mais prejudicado/a seja a pessoa do/a paciente, que se encontra no que denomino ‘zona de turbulência’, porém não há como avaliar, sem o risco da parcialidade, as dificuldades porque passa o outro.

No relato (3), destaco o uso do intensificador ‘*mais*’ em (“*o mais difícil é o familiar*”) como indicador da dificuldade que há na ação desempenhada por um ator que se espera ser um agente de auxílio. Ou seja, vários outros fatores poderiam ser encontrados como dificultadores, porém a escolha da assistente é fazer a atribuição dessa função aos familiares, que passam a ser entendidos como os geradores de problemas. Isso é ratificado pela escolha oracional (“*na maioria dos casos fica muito difícil porque o paciente não conta com o apoio da família*”). Alguns destaques podem ser vislumbrados.

Em primeiro lugar, destaco a seleção partitiva ‘a maioria dos casos’ com a seleção do finito “fica”. O finito constitui o componente verbal do modo, porém há um componente nominal e esse é marcado pela escolha do sujeito. O processo de escolha do finito pode ter sido feito como referência ao critério de julgamento que o falante emite. A forma verbal está no singular com o objetivo de destacar o conjunto como uma unidade. Ou seja, o foco não está na ênfase nos vários elementos que compõem o todo. O todo estaria sendo mais representativo para os propósitos da fala de Joelma que nos chama a atenção para a observação, que ocorre de forma recorrente e generalizada.

Em segundo lugar, destaco no excerto (4), na voz de Joelma, uma crítica aos familiares quando ela seleciona o operador discursivo ‘*por mais que*’, na estrutura oracional (*por mais que eles tenham, acham pouco*), que parece indicar uma intensificação das atitudes da equipe em relação aos/as pacientes que não são valorizadas pela família.

Há uma valorização a favor do termo comparado, negando (embora mantendo ao mesmo tempo) o termo comparante que no caso, é o tema. Ou seja, por mais que se faça, ‘eles’ (familiares) sempre vão reclamar. A sequência confirma a dedução feita. Veja como Joelma complementa seu raciocínio: (“*Procuramos fazer o máximo(...) mas ...*”), a escolha pelo operador discursivo ‘*mas*’, neste caso, estabelece oposição entre os atos de asserção. Coloca-se a impossibilidade, ou seja, as ações mantêm-se sempre no mesmo nível como se fosse impossível serem superadas. O que pode levar à conclusão de que: “A equipe é muito boa”; mas por mais que se esforcem jamais vão ‘agradar’. Joelma, de certo modo, opõe-se ao veredito dos familiares.

Cabe também notar que Joelma parece dar voz aos familiares, contudo o faz como uma forma de corroborar com a argumentação. Ao usar a citação direta pensamos que ela está dando voz aos familiares, mas o que a assistente faz é demonstrar explicitamente a tensão entre os dois grupos. Daí pensarmos em tratar-se de uma manobra de poder, que tem suas raízes na tradição na qual, provavelmente, Joelma foi formada.

Podemos observar, no relato de Joelma, um modelo de narrativa marcada por concepções de tempo e espaço codificados. São noções de tempo certo e adequado a cada função desempenhada por alguém. Quando ela diz (“*trata-se de um tempo precioso*”), parece-me que a assistente social tem uma percepção de espaço como um lugar que deve ser racionalizado e aproveitado para que se possa agir dentro dos limites da tradição⁷ – tradição do que a assistente acredita ser o melhor e o certo dentro de um tempo certo e de um espaço adequado.

A citação de Giddens pode nos ajudar a entender o tipo de representação do espaço e do tempo que a paliativista tem. Já Hall (1997:58) nos fala da utilização de uma “estratégia discursiva”, ou seja, “tradições que parecem ser antigas são muitas vezes de origem recente inventada (...); tradição inventada significa um conjunto de práticas de natureza ritual ou simbólica que buscam inculcar valores e normas de comportamentos através da repetição, a qual, automaticamente, implica continuidade com um passado histórico adequado. A esta estratégia discursiva não importa o quão diferentes seus membros possam ser em termos de classe, gênero ou raça, pois estarão representados como unidade de identidade através do exercício de diferentes formas de poder.

Deslocando o foco para outra instância discursiva acerca do espaço, destaco o comentário feito por Sabrina a José no excerto a seguir que nos lembra que cenários vislumbrados na representação do espaço hospitalar ganham dimensões por vezes inusitadas.

(5) Sabrina e José

Sabrina: Olha que visão bonita que ele tem daqui. E, principalmente, quando a piscina está cheia de moça nadando (risos). Cheia de moças é mais bonito ainda né seu José?

José: Fica bonita, mas eu não quero saber disso não.

Sabrina: Agora ele não tá querendo saber disso. Olha! Carmem, a janela aqui tem esse arco. Todas as janelas têm isso. Não é uma arquitetura linda?

Carmem: É uma visão bonita.

José: Muito bonita mesmo.

Sabrina Essa visão nos dá paz, dá tranqüilidade, é uma linda vista, privilegiada. Porque olha só não tem prédio..., não tem fumaça de carro, não tem barulho. É uma paz. E não tem ruas, não tem prédio em volta. Olha a quantidade de pássaros voando?

José: Eu não entendo não ter vindo para cá antes, um lugar bom desse (risos). (Algumas pessoas entram).

Sabrina: Olha só a farra delas (as pessoas saem).

Sabrina: Mas o que o senhor estava falando do hospital seu José?

José: De eu não ter vindo antes para cá.

O espaço hospitalar descrito na entrevista de Sabrina é feita a partir da descrição da arquitetura do prédio, que é moderno e planejado. Foi pensado para situar o hospital em um lugar envolto por campos verdes, sem nada que o cerque além da flora natural e da fauna, representada pelo movimento da revoada de pássaros. Sabrina destaca a imagem de uma piscina, que se integra na composição de um ambiente tranquilo, afastado do movimento da cidade e que nos faz pensar em condições que impedem qualquer possibilidade de dispersão do objetivo maior que é a concentração de esforços para um descanso, como se os/as pacientes estivessem em um hotel excelente que acolhe não só pacientes, mas também, familiares e profissionais que trabalham ali.

Faço estes comentários baseada na escolha lexical da médica: *bonita, bela, linda, privilegiada*. Desta forma, o espaço ocupado pela equipe e pelos pacientes restringe-se, na maioria das falas, ao espaço que nem de longe, pode estar associado à dor que se encontra em instituições hospitalares.

Outro comentário que faço, em relação ao excerto (5) é a recorrência a um discurso de gênero por parte da médica que pode ser entendido como uma forma de 'intimidade' entre o paciente e a médica, quando esta comenta que a piscina fica mais bonita porque está cheia de moças. Porém, de forma categórica José confirma que é uma bela 'cena', mas não demonstra interesse pelo comentário que fica implícito.

Percebo, ainda, a existência de um mundo paralelo em relação à voz de Sabrina, acontecendo neste espaço, que pode ser observado em cenas que não nos deixam esquecer que estamos em um hospital. Exemplos seriam: as pessoas da equipe e seus uniformes, os instrumentos médicos, a disposição do mobiliário. Enfim, a formação de um espaço que, por mais que não se queira, continua com características que lhes são peculiares e que nem se sabe se poderiam deixar de ser.

A constatação de que o ambiente hospitalar é aconchegante poderia nos levar a pensar que os pacientes não queiram realmente voltar para suas casas. Esse é um terreno extremamente complexo. Algumas pessoas demonstram claramente, que, por mais que o hospital seja bom, elas/eles preferem suas casas, outras, entretanto, gostariam de ficar no hospital. Os fragmentos a seguir, falam por si.

(6) Carmem: Você está com vontade de ir para a casa?

Maria: Não, não quero voltá pra casa, as criança (netos) faz muito barulho. As menina liga o som alto, eu não gosto. Peço pra baixá, mas elas não qué. Nossa aqui eu tô em casa, lá faz muito barulho, não quero voltá pra casa não, aqui a gente se sente bem melhor né.

(7) Janaína: (...) Aí, eu tô em casa. Quando eu tô em casa, eu não sei o que é, que eu vou pra casa e sinto dor.

Carmem: Mas a senhora leva seus remédios, toma direitinho?

Janaina: Levo e tomo tudo direitinho, aí a dor volta, e eu tenho que voltar, aí eu falei com a doutora que eu vou ter logo que ficar morando com eles (risos).

(8) Sabrina: Carmem você sabe que a Dona Janaína, que ajudava a gente aqui, dava comida na boca dos pacientes, até banho se deixasse ela dava, já tinha recebido alta mas não queria ir embora de jeito nenhum, nós demos um cachorrinho a ela de presente. Só desse jeito pra ela querer ir pra casa, porque aqui não pode ter animal né. Já pensou se a zoonose pegasse a gente aqui com um filhotinho.

(9) Ema: Hoje já me sinto melhor. Posso ir pra casa?

Sabrina: Então melhorou tudo, tá bom de ir pra casa hein?

Ema: Eu vou hoje?

Sabrina: Hoje! Eu não estou sabendo disso não, você quer é ir para a rádio né?

Ema: Não!

Sabrina: Você quer ir pra casa?

Ema: Quero.

Destaco que por meio dos fragmentos, todos frutos de minhas observações participativas, que é possível inferir um discurso que não é unânime uma vez que pelo menos uma das pacientes escutadas demonstrou sua vontade explícita de retornar a sua casa. Várias seriam as causas, mas como esta é uma pesquisa em que os contatos com pacientes não me permitiam muito tempo de convívio, fico com a sensação de que a razão seriam os fatores positivos ligados à família.

Lembro que o conceito de família que proponho é o de Segalen (1999), que considera o termo família polissêmico, pois tanto pode designar

as ligações entre indivíduos pelo sangue como também pela aliança. É, pois, a instituição que em alguns casos regem estes laços. Saliento, ainda, que a família seja vista como um espaço indispensável para o abrigo, a sobrevivência e o desenvolvimento de seus membros, independente do seu arranjo ou forma de estrutura. É no espaço familiar que se inicia o processo educativo, tanto formal quanto informal, e onde são aprendidos os valores humanitários, morais, éticos e, sobretudo, os laços de solidariedade. Ela é, pois, responsável pela construção das marcas entre as gerações e pela continuação dos valores de cada cultura.

Não se discute que a família desempenha um papel fundamental na saúde e na doença de pacientes. Contudo, é de se compreender que o futuro que um/uma doente dependente pode esperar não é animador. Mudanças rápidas e profundas no sistema de valores e no estilo de vida, juntamente com a multiplicação dos problemas sociais e econômicos, têm tornado mais complexa quer a vida do/a paciente, quer a das próprias famílias sujeitas a profundas transformações e crises.

A transferência de um/uma doente para a família é a transferência para o meio mais óbvio e natural. Contudo, na maior parte das vezes, esse procedimento traz inúmeras dificuldades, entre elas o esgotamento dos membros mais implicados nos cuidados ao/à doente e o medo de que o/a doente morra. Nestes casos, deve ser respeitada a decisão do/a doente e da família e ter em conta que a atitude mais humana é permitir deixar que seja o/a paciente a posicionar-se. Nos relatos anteriores, cada doente esboça de uma maneira singular sua relação familiar.

Ao apontar causas familiares, respaldo-me nas interações esboçadas por Maria que de forma explícita nos diz que membros da família são responsáveis pela sua decisão. Ao utilizar-se da negativa categórica (“Não quero voltá pra casa”), Maria faz uso de uma topicalização da negativa “não”, como se quisesse deixar claro que se trata de uma certeza e nos dá as razões para sua decisão. (“*As meninas fazem muito barulho*”, “*Escutam música muito alto*”). Apenas a título de clarificar minha interpretação, lembro que Maria tinha AIDS e estava em estado de finitude de vida. Estava muito debilitada e isso pode ser um indicativo de que não quisesse levar a cabo uma discussão com suas netas.

Já o relato de Janaína não é tão explícito quanto o de Maria, mas é possível inferir que se trate de problemas familiares. Aqui, é preciso que se diga que a família da paciente vivia com ela. Embora Janaína tivesse uma família numerosa, ninguém a visitava no hospital. Era ela que cuidava dos demais pacientes o que de certa forma fazia do espaço hospitalar um espaço familiar.

Por outro lado, em consonância com o relato de Janaína, temos a entrevista de Sabrina que usa de um estratagema para convencer a paciente a

voltar para casa: dá-lhe um cachorrinho de presente, e um animal não pode permanecer em um hospital. Aqui, vale mencionar o que nos ensina Thompson (1995): indivíduos são investidos de poder em diferentes graus. A médica explica para a paciente que um cão não pode permanecer em um local como o hospital. Sabedora da sua localização em um contexto socialmente estruturado e das qualificações associadas a sua posição no campo social da medicina, convence Janaína dessa forma a voltar para casa. A médica está na posição de detentora de uma capacidade que lhe foi conferida socialmente e institucionalmente, de praticar uma ação de poder, para tomar decisões, conseguir seus objetivos e realizar seus interesses. Para Thompson (1995: 80), existe dominação no caso de relações estabelecidas de poder “sistematicamente assimétricas”. O uso do modificador “só”, em ‘*só desse jeito pra ela querer ir pra casa*’, nos dá a idéia de que tudo já tinha sido tentado como forma de convencimento de que Janaína retornasse a casa.

No início desta subseção, sugeri que o espaço da dor era uma arena de conflitos porque, de um lado, encontramos pacientes que se recusam a voltar para suas casas quando a equipe acha que já se encontram estabilizados/as, que estão sob controle medicamentoso e, portanto, podem voltar ao convívio de seus familiares em seus domicílios. No entanto, entre estes membros não há um consenso muito claro. Passemos, então à reflexão sobre o segundo momento.

4.2. Uma posição conflitante entre membros da equipe

Poderíamos a princípio, pensar que os conflitos em relação à volta para casa ocorrem somente entre médicos/as, pacientes – familiares. Porém, o que vislumbrei durante minhas entrevistas e observações participativas é que mesmo entre os membros da equipe de profissionais e/ou cuidadores, há divergências quanto à matéria. O excerto a seguir é longo, porém necessário para que se possa entender que além do conflito do/a médico/a para liberar o/a paciente ou não, vários outros elementos de ordem estrutural estão em jogo.

Não se trata da instauração de um conflito entre o querer ou não da equipe, mas de contingências mais profundas e complexas. Vejamos o que nos diz Joelma:

(10) Joelma:

A nossa grande preocupação de mandar para casa é de estar vendo quais as condições que esse paciente vai ter de estar mantendo os cuidados adequados, né? Tem alguns casos que ficam muito difícil, né? esse retorno para casa porque o paciente não conta com um apoio da família.

Carmem : Apoio afetivo, ou financeiro?

Joelma: Financeiro, afetivo... às vezes... é tem familiar, mas é o familiar que tem que sair para trabalhar para estar mantendo as condições de subsistência básica, então não tem e, também, não tem condições financeiras para estar pagando alguém para ficar em casa para cuidar dele, né? Então é assim. E os recursos da comunidade são escassos, muitas vezes a gente não conta, por exemplo, com programas de assistência social eficiente. Muitas vezes não, a maioria das vezes.

Carmem : A maioria das vezes?

Joelma: Infelizmente, no nosso país, a gente não tem uma política de assistência social séria... né? Então, quer dizer... clinicamente... teria condições de ir para casa... tá? Os/as médicos/as dizem “pode ir, tomar o seu remédio em casa, fazer sua rotina, mas tem que manter os cuidados” . Mas, e a estrutura sócio-econômica, familiar que, muitas das vezes, o paciente não tem?... né? É muito complicado. Às vezes a gente consegue, né? estar acionando um vizinho, né? um serviço de um centro de saúde, um serviço de um centro de desenvolvimento social, que tem em toda cidade satélite, né? aqui em Brasília tem um centro de desenvolvimento social, que é um órgão ligado à secretaria de ação social mas é muito difícil. Às vezes, a gente tenta mas o caso fica (entravado) nessa questão sabe de falta de condições que o paciente tem, de ir para casa e manter os cuidados adequados.

Carmem : Na sua experiência com os Cuidados Paliativos, assim, você já proporcionou, por exemplo, já conseguiu viabilizar que algum voltasse para casa, que tivesse essa assistência domiciliar, ou ainda não foi possível?

Joelma: Não, já... em alguns casos, nós já conseguimos, né? E agora, como está sendo assim, montada, essa rede de atendimento domiciliar a pacientes em Cuidados Paliativos, né? não é em toda cidade satélite que tem, mas a gente, mas também a gente já tem esse trabalho aí iniciado né? tem muita coisa para ver, para estar organizando e tudo, então, em alguns casos, nós conseguimos sim que o paciente fosse para casa. e tivesse uma assistência, né?

Carmem : Como é que isso efetivamente funciona? Por exemplo, ele o médico dá alta, aí, mas, antes do médico dar alta, você vai ou a sua equipe vai até a casa dos pacientes para saber as condições? Porque o que me parece, isso é se é um trabalho de equipe, acredito que o médico só libera após essa, digamos, consulta a vocês da assistência social ? Na prática como funciona?

Joelma: Nós trabalhamos em equipe mesmo, né?

Carmem : Aham.

Joelma: O médico né? a gente sempre está discutindo os casos né? Eu sei que a equipe médica coloca, “Olha, esse paciente, ele tem condição de ir para casa, tá?” Só que aí, a assistente social coloca, “Olha, mas as condições habitacionais” pois sempre que possível, a gente faz uma visita domiciliar e vê as condições né? vê ali por perto, como é que a família está se organizando em relação a prestar assistência a esse paciente, né? vê como é que está ali a rede de apoio, que eu chamo rede de apoio social dele e a gente está repassando para a equipe um parecer nosso.

Carmem : Ah, tá.

Joelma : E a equipe sempre respeita muito isso né? respeita muito. Mas de qualquer forma meio que cobra que é preciso que ele vá para casa. Mas as vezes não tem como

Carmem : Às vezes, por questões até de saneamento básico, né?

Joelma: Isso.

Joelma: Muitas vezes não tem. Quantas vezes a Berenice, que trabalha mais diretamente lá na ala A, né? porque agora eu estou substituindo ela. Foi em casa, foi na casa de paciente fazer visita domiciliar, chega lá, não tem um banheiro, não tem

nada, não tem condição nenhuma, as condições são muito precárias. Então assim, como mandar esse paciente para casa?

Carmem: Pelo menos a rede de saneamento básico teria que estar em funcionamento, acredito eu.

Joelma: É o mínimo.

Bom é como eu te falei teria que ter, a gente teria que ter uma política de assistência social onde (). No caso de uma habitação inadequada que a gente pudesse estar fazendo um melhoramento nas condições de habitação, né? Já que é um problema do Estado, também, estar dando assistência.

Carmem : Claro.

Joelma: O Estado como um todo deveria estar dando assistência a essas pessoas.

Carmem : Na prática, você acha que isso ocorre?

Joelma: Não ocorre. Nós temos o grande problema do entorno né? Muitos pacientes nossos daqui, são do entorno. E, se, aqui no Distrito Federal, essas políticas já são ineficientes, essas políticas de ação social, imagina no entorno. Então, às vezes, a gente se depara com essas questões do ordem social mesmo. Às vezes o paciente tem condição de ficar, de permanecer em casa mas depende dos cuidados, ela não tem como ir sabe?

Carmem: Parece-me uma situação a ser refletida.

Joelma : Vira um círculo vicioso.

O excerto nos traz várias linhas de análise e elegerei algumas que me parecem mais significativas. Em primeiro lugar, destaco as avaliações da assistente social que identifica o (“abandono do Estado”) em relação aos/às pacientes como uma das dificuldades relacionadas ‘à volta para a casa’. Em (“*O Estado como um todo deveria estar dando assistência a essas pessoas*”) me parece que exemplifica perfeitamente a denúncia.

Para além dessa denúncia, Joelma também constrói uma representação acerca da preocupação com o retorno de pacientes aos seus domicílios. Essa representação estabelece uma relação entre os participantes, familiares e pacientes, em que os pacientes são representados com menos agência, como meros experienciadores do processo mental ‘contar’, e os familiares são o alvo. (“O paciente não conta com um apoio da família.”). Os processos mentais codificam o mundo interior de nossa consciência, projetando-o para fora, de forma que ele se torne acessível. Nesse sentido, a história narrada por Joelma é bem exemplar, uma vez que denuncia que os pacientes apenas projetam seus desejos, com pouca ou nenhuma capacidade decisiva no ato de ida para casa, como mostra Joelma ao usar da negação ‘não’. Ou seja, a assistente posiciona a família como responsável pela realização do evento que se constrói à revelia do grupo de cuidadores. Porém, na sequência, a assistente justifica a ação da família que não tem condições de arcar com as despesas que a ação demanda. A utilização do processo relacional ‘ter’, usado para representar categorias de atribuições e identificações que os familiares teriam, mostra-nos a complexidade do processo. Contudo, uma vez mais a família aparece no centro da história, marcando o ponto central. É eminentemente um marco,

de onde o relato vai se desenrolar, que os atores sociais desse grupo povoam as histórias de doentes.

Percebe-se, no entanto, que fora desse contexto inicial, a família deixa de compor os relatos e nos casos esporádicos em que vai reaparecer, o faz mais uma vez representando um papel indireto, já que não tem condições de arcar com as despesas financeiras.

Nesse extrato, vê-se a família sendo representada como um alvo de algo maior que impede a volta de pacientes aos seus domicílios. A descrição feita é associada a fatores como desânimo frente à ações sociais que são deficientes.

Em sequência, destaco na voz de Joelma uma denúncia velada ao parecer médico de dar ou não alta. Quando pergunto: (*“se é um trabalho de equipe, acredito que o médico só libera após essa, digamos, consulta a vocês da assistência social. Na prática como isso funciona?”*) a resposta é inicialmente evasiva. (*O médico né? a gente sempre está discutindo os casos né? Eu sei que a equipe médica coloca, “Olha, esse paciente, ele tem condição de ir para casa, tá?”*). Só que aí, a assistente social coloca, (*“Olha, mas as condições habitacionais”, pois sempre que possível, a gente faz uma visita domiciliar e vê as condições né? vê ali por perto, como é que a família está se organizando em relação a prestar assistência*).

No entanto, logo se percebe que há conflito de opiniões acerca desse assunto. Ao ser perguntada sobre o respeito à opinião dos membros da equipe, Joelma é categórica (*“respeita muito.”*). Porém, o uso do operador ‘mas’ em: (*“Mas de qualquer forma meio que cobra que é preciso que ele vá para casa”*), deixa-nos a impressão que há uma cobrança ou então uma atitude de pressão que faz com que relembremos a postura de assimetria de poderes entre os membros do grupo. No final prevalece a vontade de médicos ou médicas.

No processo de realização da leitura das entrevistas, procurei sugerir que as falas representam o espaço atrelado a pressupostos culturais que, por muito tempo e, ainda hoje, condicionam nossas visões, nossas crenças em origem, fim, verdade, lógica, razão, progresso, linearidade, continuidade.

Essas idéias são consideradas problemáticas, uma vez que nos relatos nos falamos de paisagens culturais constituídas por categorias que, muitas das vezes, não consideramos pertinentes para julgar ou compreender a sociedade contemporânea. Segundo autores como Jameson (2002), Harvey (2000), Lévy (2007), entre outros, constatamos diferenças nas formas de perceber e viver o tempo e o espaço, mas pouco fazemos para modificar essas práticas. Embora estas reflexões sejam pertinentes, opto por utilizá-las como fechamento desta seção. A seção seguinte tem como foco traçar o fio condutor para as reflexões acerca das identidades que representam o espaço

analisado aqui e as reflexões acerca de identidades institucionais que são complementares neste estudo.

5. O discurso paliativista e suas vozes

Na seção anterior, procurei descrever e interpretar as vozes do espaço da dor, sempre tendo em vista a relação entre a representação identitária baseada na noção de espaço e discurso que foi destacada, ainda, no início desse artigo. Agora, buscarei no conceito de identidades institucionais levar a cabo minha questão motivadora que é: Como as pessoas envolvidas no evento social da medicina paliativa representam esse espaço social e como questões de poder e ideologia são percebidas no(s) discurso(s) deste modelo de assistência? O propósito é identificar os vínculos desta questão com a noção de espaço. Para tanto, primeiramente vou conceituar o que é instituição, para logo em seguida voltar às análises.

5.1. Definindo instituição

Definir instituição não é tarefa fácil. É muito comum associarmos esse conceito com uma construção material ou física, ou ainda com organizações tais como hospitais e escolas. O conceito de instituição está intrinsecamente relacionado ao conceito de poder e ideologia, que, por sua vez, é frequentemente visto como, a serviço de interesses de grupos de poder (como por exemplo, o governo ou a mídia).

Agar (1985:164) define instituição como “a habilidade socialmente legitimada junto com todas as pessoas autorizadas a executá-la”. Esta é uma percepção de que a instituição pode incluir qualquer grupo de poder e que estes não estão restritos à localização material. A definição de Agar também pode ser entendida como o modo de se comportar, como uma expectativa de que as instituições produzam papéis de forma binária e assimétrica: o perito (ou o representante da instituição) que é investido com a autoridade institucional, e o não-perito (geralmente, o/a cliente, o/a paciente, o/a aluno/a), que deve acomodar-se às normas da instituição.

A idéia de que a instituição automaticamente exerce o domínio, esmagando a fala e o direito das pessoas e, que impõe uma burocracia não natural sobre os eventos do dia a dia, nos é informada por alguns teóricos como Althusser (1974) e Habermas (1984). Estas versões de instituição assumem uma imposição unilateral, coercitiva de domínio e de poder de um grupo sobre uma segunda parte, sem vontade, e sempre subordinada. No entanto, outras considerações teóricas adotam uma definição mais complexa de poder, tratando-o como um fenômeno que é alcançado pela permissão,

pelo consenso e pela cumplicidade cooperativa, mais do que pela coerção e opressão (por exemplo, Foucault, 2003). Da mesma forma, Gramsci (1979:12) introduziu o conceito de hegemonia para explicar o modo como grupos sociais sustentam suas posições na vida cultural.

Outro teórico a apontar a ‘produtividade’ potencial do poder das instituições é Giddens (2001:67), que argumenta: “o âmago de ambos, domínio e poder, repousa na capacidade transformativa da ação humana”. Como podemos observar, a visão tradicional de poder institucional tem sido modificada e, conseqüentemente, também pode ser modificada dentro do campo dos estudos do discurso, a partir de reflexões sobre aspectos organizacionais das instituições que estão paradoxalmente incluídos em práticas e processos fluídos e contraditórios. Essas visões produtivas de poder providenciam uma lente teórica para as abordagens de análise das interações institucionais. Pela construção de poder como processo ou ação, é possível analisar as identidades institucionais como interativamente construídas, momento a momento do fenômeno. A análise pode mostrar o modo como as pessoas estão inscritas, por meio de ações de cumplicidade, na demonstração de negociações ou resistências de suas agendas institucionais.

Após estas considerações de algumas definições do que podemos entender por instituição, proponho examinar como estas idéias sobre instituições podem ser exploradas empiricamente pela lente da ADC no uso das categorias analíticas.

Passemos ao fragmento a seguir para perceber como a fala de um dos atores sociais envolvidos no cuidar paliativo age frente ao novo modelo de assistência e de que modo seu agir poderia estar sendo representativo para entendermos esse espaço e de que forma este ator tece representações institucionais.

(11) Ricardo

Carmem: Ricardo como você descreve essa questão desse espaço criado que são os cuidados paliativos, principalmente no que se refere à questão da identidade, você tem alguma opinião formada a respeito da voz do médico e da voz do paciente. Digo como você vê esse diálogo e como é que fica a sua relação enquanto enfermeiro nesse ‘mosaico’ de disputa, vamos dizer assim, de vozes?

Renato: Hum. É interessante assim, você perguntar dessa forma. Eu penso o seguinte: vou responder de trás para frente. A questão da voz, eu penso muito é no atendimento ao paciente, (sob os) cuidados paliativos, do ponto de vista do paciente. O paciente que está morrendo, ele está passando por um processo semelhante a quem está nascendo. É quando a pessoa está nascendo, ela está passando por uma transição de vida, né? ela está sendo trazida para o mundo. Então, ela é acolhida com carinho, com calma, você não vê alguém gritando com um bebê numa maternidade, eu acho que é a mesma coisa dentro do atendimento ao paciente que está morrendo, né? Porque é um paciente que está como se fosse ‘desnascendo’, ele está nascendo para uma outra realidade, vamos dizer assim, então eu acho que ele deve ser acolhido e deve ser tratado com o mesmo carinho. Nós passamos geralmente carinho

na voz. Uma voz mais suave, uma voz não agressiva, ah, no meu caso, por exemplo, dificilmente eu falo muito alto com o paciente, agora eu estou percebendo isso. Às vezes o paciente está desorientado, está gritando, está falando alto é muito difícil eu impor a minha voz. Eu acho que é um momento que você deve mais esperar o que o paciente tem para passar para você, do que você realmente impor alguma coisa. Às vezes pode ser necessário, porque, dependendo do estado em que o paciente se encontra, você, às vezes, tem que impor a sua voz. Ele pode estar desesperado, ele pode estar agredindo. Não é pelo fato de nós acolhermos de uma forma carinhosa, que nós vamos deixar de ser enérgicos, mas isso é muito raro. Eu procuro falar de uma forma mais tranqüila, mais calma, mais pausada. Eu acho que a questão da voz pausada, o sussurro, ele está muito relacionado ao acolhimento sabe? É uma (...) não deixa de ser, pela própria coisa do nascimento, eu não sei se existe alguma coisa tipo espírito materno na coisa, mas você se sente meio pai, meio mãe, como se estivesse ninando às vezes ou oferecendo alguma coisa de carinho. Eu acho que, quando a gente está com um amigo, por exemplo, tem um amigo nosso que está precisando de alguma coisa que nós temos para dar nós amansamos a nossa voz. Então, eu acho que tem essa questão. É freqüentemente eu gosto muito mais de ouvir do que falar com os pacientes. Porque muitas vezes o paciente, ele quer mais ser ouvido do que propriamente ouvir. Não sei se existe muito consolo do tipo que o paciente quer ouvir. Muitas vezes, o paciente quer ouvir um consolo que a gente não pode dar principalmente quando ele acaba de chegar, está com um novo diagnóstico, que é o de terminalidade, ele quer escutar uma coisa que a gente não pode falar. Então, muitas vezes a gente fica em silêncio, e ele vai compreender o nosso silêncio também. Eu acho que dentro do silêncio existe muita comunicação também.

Carmem: Com certeza.

Ricardo: Então, em relação à questão da voz, a imposição da voz, isso é importante. Mas é eu acho que, a nível de palavra, a nível de voz, de palavra falada, nós temos que passar, pelo menos é o que eu acho que eu faço, não sei, é uma coisa meio automática, mas tem que passar um pouco também de segurança. Não sei como é que isso é possível a nível de voz, passar tranqüilidade, mas também segurança. Porque, nesse momento eles estão inseguros, eles precisam de segurança. Então automaticamente nós nos sentimos na necessidade de passar segurança. Existe é claro, a gente sabe que existe um mecanismo de fala, e que você pode treiná-la. “Nesse momento eu tenho que tomar tal entonação”, mas, na hora, parece que é um pouco automático.

Carmem: Com certeza.

Ricardo: Você tem a necessidade de falar dessa forma, então você faz. Ao mesmo tempo, claro, tem a questão da voz, mas a voz, ela está associada ao contato visual. Eu pelo menos, eu me sinto mais à vontade, eu me sinto mais seguro, olhando direto nos olhos do paciente. É como se você quisesse naquele momento de fala, você quisesse captar muito do que ele está passando. E você percebe que, dependendo do quadro, o paciente, ele retribui. É muito difícil nós conversarmos hoje em dia olhando nos olhos das pessoas, por mais que o nosso tom de voz esteja dizendo uma coisa, os nossos olhos dizem outra. O paciente, não. Eles olham nos olhos. É uma coisa que é muito, é muito boa, ela assusta muito, mas ela é boa.

O relato de Ricardo pertence ao mundo comentado⁸. Comentar é falar comprometidamente. Os processos marcados constituem um sinal de alerta para advertir o ouvinte, no caso, eu, de que se trata de algo que o afeta diretamente e de que precisa se posicionar. Ou seja, Ricardo marca sua

identidade institucional. Ao empregar o tempo presente, em quase todo o comentário Ricardo assume o papel de ator que exprime uma atitude de engajamento, de compromisso. Ao apresentar seu texto com os processos no tempo presente (ou, então, elidido) o faz para dar ênfase ao comentário. É através delas que se solicita a atenção do ouvinte. É por isso ainda que, em descrições incorporadas ao relato, tem-se o processo no imperfeito, ao passo que em, em trechos descritivos dentro do seu comentário, o verbo apresenta-se no presente. Assim sendo, não é indiferente o emprego do presente ou do pretérito imperfeito nas descrições.

Quanto ao emprego que Ricardo faz de um ou mais tempos do mundo narrado⁹ no mundo comentado, tem-se o que Weinrich chama de metáfora temporal. Assim, por exemplo, o uso do imperfeito, do passado simples, do condicional, em situações comentadoras como as do relato em análise, sugere que o ator exprime uma redução do seu envolvimento, uma estratégia de defesa frente a sua postura tensa. Dessa forma, limita, assim, o que diz, pela introdução de elementos que podem exprimir cortesia, timidez, incerteza, como se fosse uma maneira de suavizar o predomínio da tensão, do compromisso e da seriedade.

Quanto aos usos do modo imperativo, subjuntivo, infinitivo, gerúndio e particípio – os chamados semitempos –, não há uma informação completa sobre pessoa ou tempo. Ou seja, como deixam de lado a atitude comunicativa, podem estar sendo usados com um princípio de economia que é característico dos atos discursivos institucionais: há situações em que a informação mais lacônica é suficiente.

Outro ponto a ser destacado é a utilização da categoria de pessoa. Sabemos que as três pessoas não têm o mesmo estatuto, há aspectos que são comuns na 1ª e na 2ª pessoas, que as diferenciam da 3ª. Em primeiro lugar, enquanto *eu* e *tu* são sempre os participantes do evento discursivo, *ele* designa qualquer ser ou designa ser nenhum. Com efeito, Ricardo usa apenas a 3ª pessoa para se referir aos pacientes. Quando a pessoa não é determinada, e isto ocorre pela atitude de impessoalidade que o enfermeiro atribui aos pacientes podemos entender que, de certa forma, Ricardo não quer se comprometer mais do que o necessário. Explico. Os processos relatados por Ricardo ao serem entendidos como um fenômeno cuja produção não está ligada a qualquer agente ou causa, não traz a possibilidade de questionamento. Ou ainda, uma vez que a 3ª pessoa não implica nenhuma pessoa, pode representar qualquer ator ou nenhum e esse ator ou essa autora, expresso ou não, não é jamais instaurado como participante do evento. Isso, de certa forma, pode ser visto como uma característica do discurso institucional, que se pretende impessoal.

Enfim, podemos entender que o relato de Ricardo, assim como os de outros membros da equipe, serve para concluirmos que o espaço da

instituição hospitalar com o modelo paliativo difere em alguns pontos do espaço institucional da medicina científico-tecnológica e que em respeito a outras demandas, nem tanto. Explico. Em termos de características humanizadoras, o modelo paliativo parece-me um modelo alternativo com grandes propostas positivas para pacientes terminais. Por outro lado, seria ingênuo não enxergar que muitas das atitudes, ainda estão impregnadas de velhas posturas decorrentes de séculos de hegemonia médica.

No entanto, não há como negar a seriedade do trabalho em equipe transdisciplinar. Esta é uma constatação evidente por meio de minhas observações. Nesse sentido, a atuação transdisciplinar rompe com o caráter de ação conjugada, em que cada membro da equipe faz a sua parte isoladamente, superando o simples somatório de conhecimentos técnico-científicos e facultando a todos os membros da equipe a apropriação dos diversos conhecimentos em jogo. Não desconheço que este é um tipo de trabalho ainda muito preliminar, mas certamente trata-se de uma prática social com identidades institucionais com específicas particularidades, que a tornam de interesse analítico. Para elucidar um pouco mais a questão da representação de identidades institucionais, vejamos o relato de Lúcia.

(12) Lúcia

Carmem: Lúcia! Veja bem, veja se estou entendendo o que você está me dizendo? O que você está me fazendo pensar é que, na realidade, a identidade das pessoas, em finitude de vida, se transformam, se modificam de algum modo, é isso?

Lúcia: Uhum, é isso mesmo.

Carmem: Quando você me diz que é um reflexo da vida inteira, então, quer dizer que eu posso pensar que não há como essa pessoa construir uma nova identidade nesse período terminal, mas simplesmente que é uma fase de modificação, dessa identidade que ela formou durante a vida inteira, é isso? Ou eu estou entendendo de forma errado o que você está dizendo?

Lúcia: É. Eu acho que parte da cura depende, por exemplo, da gente entender que a vida é uma luta, que tem coisas que são assim mesmo, contra as quais não se pode lutar, então é preciso que se ataque uma outra coisa que não é só a doença. Ou seja, é preciso que se esteja derrubando o inimigo, demolindo mesmo algo que é o nosso inimigo para poder achar a cura sabe? Não a cura da doença em si mas de algo que está doente em nós, porque construímos uma identidade falsa ao longo da nossa vida.

Carmem: Uhum.

Lúcia: né? Às vezes, a nossa essência, a nossa natureza é de uma forma, de um jeito né? E a gente, por conta dos apelos, né? que não são nem apelos da sociedade, mas que a gente projeta, na verdade, São os nossos apelos, que a gente projeta nos outros e acha que os outros esperam que a gente seja de uma determinada forma, a gente pode até ser e vir a se desvirtuar, vamos dizer, da nossa essência, e isso acontece.

Carmem: Entendo.

Lúcia: Isso acontece, e a gente cria uma identidade muitas vezes, contradizendo a nossa natureza essencial. Então, na terminalidade, eu acho que não necessariamente a gente precisa reforçar uma identidade que a pessoa tenha construído, se aquela identidade não é condizente com a natureza da pessoa, entende?

Carmem: Seria um...

Lúcia: Eu acho que o ideal (...) é a gente ajudar aquela pessoa, naquele momento, né? de vida, que é o momento que a gente vai estar encontrando essa pessoa, né? Com certeza, é um momento que a gente vai estar encontrando a pessoa. Porque isso não é só nesse momento. Eu acho que isso é (...) sempre, sempre, se a gente puder, tanto com relação a gente mesmo, como com relação aos outros. Ajudar para que cada um se sintam bem sendo quem é, né? Se eu me aceito e começo a exercitar essa permissão de ser quem eu sou em essência, né? se eu começo a fazer isso comigo, e começo a fazer isso com os outros, passo a ajudar as pessoas, né? Ou incentivar para que as pessoas fiquem à vontade, sejam o que são. Essa deve ser a postura identitária do médico e isso, não é só na terminalidade. O médico deve dar ao paciente um empurrão, No sentido de ajudá-lo a resolver o seu problema. Dar uma oportunidade de falar, dar bons conselhos, dar uma ajuda, dar uma melhorada no astral, dar um presente material mesmo, como um objeto que ele queira, por exemplo, quando a equipe deu o cachorrinho para a dona Janaina. Lembra?

Carmem: Lembro sim.

O relato de Lúcia é representativo para o entendimento da identidade institucional que ela descreve como ideal para o/a médico/a que trabalha em Cuidados Paliativos. Em primeiro lugar, gostaria de analisar este fragmento por meio da categoria da metáfora.

Considero a metáfora como um material fundamental para o entendimento de papéis desempenhados no dia a dia das pessoas, na linguagem do cotidiano. Uma vez que elas penetram em todos os tipos de linguagem e em todos os tipos de discursos. Lúcia significa o trabalho médico por meio da metáfora da guerra, a médica diz que parte de seu trabalho é encontrar a cura, não da parte física, do corpo (pois se trata de pessoas terminais), mas sim de problemas de outra ordem. Segundo Fairclough (trad: 2001:241, 2003a), as metáforas estruturam o modo como pensamos e o modo como agimos e nossos sistemas de conhecimento e crenças de uma forma penetrante.

Um dos marcos definidores no interior da prática discursiva é a forma como um domínio particular da experiência é metaforizado. Quando ela diz: (*“a vida é uma luta”, “tem coisas que são assim mesmo”, “(tem coisas) contra as quais não se pode lutar”*), parece-me um bom exemplo da ocorrência do uso de metáforas profundamente naturalizadas no interior da nossa cultura e que são usadas pelas pessoas que deixaram de percebê-las na maior parte do tempo como se achassem difícil escapar delas no seu discurso. Trata-se de uma construção metafórica de uma discussão como uma guerra marcada pelo uso da palavra “lutar”, “luta”. O modo como a médica seleciona, ordena e representa sua voz reduz a complexidade e a profundidade do conceito de identidade que pensa para seus/suas pacientes. Se não se pode atacar e vencer uma luta que se acha já perdida que é a luta pela vida, então outro inimigo deve ser vencido, nas palavras de Lúcia: (*“a falsa identidade que se constrói durante a vida”*). É como se fossemos

duplamente doentes. Doentes de alguma enfermidade física e doentes filosoficamente falando.

Lakoff e Johnson (1982) particularmente identificaram uma grande variedade de práticas metafóricas como as descritas acima. Como parte do processo do desenvolvimento do saber médico, Lúcia diz ter aprendido não somente a falar de certos domínios, mas a estruturá-los e conceitualizá-los dentro dos domínios do espaço paliativo. Na identificação dessas práticas discursivas, Lakoff e Johnson argumentam que prestar atenção às metáforas é fazer um exercício de identificação de aspectos ideológicos de nossa cultura

Um segundo destaque pode ser o uso da transitividade na voz de Lúcia. Alguns aspectos do significado e a distribuição de um processo verbal básico da língua portuguesa é processo “dar”. Lúcia faz uso do processo, mais para o final do comentário, para exemplificar o papel institucional de um paliativista, ou seja, o que se espera de seu proceder. ‘Dar’ apresenta várias nuances de significados aqui. Parece-me que seja possível representar minha linha de análise do seguinte modo:

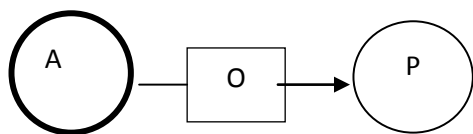


Figura 1: Representação do procedimento de transitividade

O diagrama representa a idéia de que o significado central do processo ‘dar’ envolve a transferência de algo (O) de um agente (A), no relato categoricamente marcado pelo médico para o/a paciente terminal (P). O uso da forma em negrito do círculo ao redor do ‘A’ representa de fato que o processo ‘dar’ envolve a focalização na origem da transferência, em contraste ao ‘recebimento’. Mais uma vez, o papel social desempenhado pelo/a médico/a é ativo, enquanto que o papel representado pelo/a doente é de passividade. Na voz de Lúcia: (*O médico deve dar ao paciente um empurrão, no sentido de ajudá-lo a resolver o seu problema. Dar uma oportunidade de falar, dar bons conselhos, dar uma ajuda, dar uma melhoria no astral, dar um presente material), mesmo, como um objeto que ele queira, por exemplo, quando a equipe deu o cachorrinho para a dona Janaina.*

Tipo de processo	Participantes	Circunstâncias
Material	Ator/médico/a Meta/paciente	Tempo, Lugar

Figura 2: Transitividade

Ao mapear os enunciados de Lúcia, destaco o uso do processo material ‘dar’ com a função de ‘reificação’. Isso fica mais claro quando atentamos para o uso de expressões nominais como: *um empurrão, uma oportunidade, uma ajuda*, representando um evento mais do que objetos. É útil lembrar que com o mesmo processo material pode ocorrer a categorização do participante como ‘beneficiário’. *O médico dá um empurrão, uma oportunidade de falar ao/à doente*. O doente então passa a ser beneficiário, além de meta. Quando Lúcia faz uso do processo material com pelo menos dois tipos de participantes, indica-nos uma relação de poder implicitamente inscrito por meio do relacionamento entre ator e meta. Outra observação sobre o processo material é que este pode ser transitivo ou intransitivo. Atores em processos transitivos são representados com mais envolvimento com o que está fazendo (Halliday 1985).

6. Considerações finais

Este artigo foi proposto com vistas a atender à necessidade de dar um tratamento analítico mais específico ao que denominei a ‘arena de conflitos’ que se constrói via entrevistas e depoimentos, interpretando significados neles construídos discursivamente sobre o espaço hospitalar. Procurei explorar abordagens para o estudo do espaço e do lugar como um contexto maior de construção identitária. Iniciei fazendo a ligação entre espaço, ação social e identidade no espaço da dor. Considerei que as atividades das pessoas envolvidas em medicina paliativa estavam encaixadas em espaços e instituições com singularidades próprias. Explorei o significado de instituição e identidade institucional pelo filtro da linguagem e da ADC. Como muitos dos relatos apontavam para o espaço e cenário do hospital, foi propício re-teorizar espaço e espacialidade nas entrevistas, conforme sugerem Hall (1997), Lefebvre (1991) e Dixon (2005). Essa re-teorização se fez possível pela aproximação de conceitos de geografia como espaço, território e territorialidade (Haesbaert, 2006), com referências da própria linguística, com os pressupostos teóricos sobre intertextualidade, transitividade e metáfora.

Tinha como expectativa ao escrever este artigo responder a minha questão norteadora: Como as pessoas envolvidas no evento social da medicina paliativa representam esse espaço social e como questões de poder e ideologia são percebidas no(s) discurso(s) neste modelo de assistência? E a isso me dediquei. Veio à tona a revelação de que essas pessoas representam o espaço e o cenário hospitalar paliativo com apreciação impregnada de afeto, marcando, implicitamente, dimensões negativas que denunciam estado de apreensão, desorientação e até certo medo frente ao

contexto hospitalar do espaço da medicina científico-tecnológica. Além da dimensão afetiva, as apreciações também são entrecruzadas por valores atitudinais de julgamento que visam a enfatizar o engajamento dos/as entrevistados/as com o sistema paliativo. Todas as apreciações sobre o local (hospital paliativo) tangenciam constantemente a posição na qual se constituem como elemento que luta, ainda que de forma mais intuitiva que consciente, para se incluir nos novos padrões de atendimento.

Por fim, por meio dessas análises foi possível buscar conhecer o modo como os atores sociais se posicionavam no ambiente paliativo. Estudar as representações de espaço é conhecer o modo como um grupo social constrói um conjunto de saberes que expressam sua identidade cultural em um dado momento histórico.

Notas

¹ Medicina paliativa é uma especialidade médica que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e familiares na presença de doenças terminais.

² A Análise de Discurso Crítica é uma abordagem teórico-metodológica para o estudo da linguagem nas sociedades contemporâneas que se baseia em uma percepção da linguagem como parte irredutível da vida social.

³ Uso o termo “hospital na modernidade tardia” porque parto do pressuposto que de fato, o pensamento pós-moderno ou da modernidade tardia pode incluir entre as mais importantes façanhas a rejeição dos argumentos racionalistas de que a natureza humana é sempre a mesma em toda a parte, universal e absoluta.

⁴ A ala “A” é uma ala destinada especificamente para doentes terminais.

⁵ Todos os nomes de pessoas envolvidas nesta pesquisa foram trocados por pseudônimos

⁶ O termo ‘interpelar’ é um termo usado por Althusser (1988).

⁷ A tradição é um meio de lidar com o tempo e o espaço, inserindo qualquer atividade ou experiência particular na continuidade do passado, presente e futuro, os quais, por sua vez, são estruturados nas práticas sociais recorrentes. (...) o passado é venerado e os símbolos são valorizados porque contêm e perpetuam as experiências das gerações. Giddens, *apud* Hall (1997: 15).

⁸ O termo ‘mundo comentado’ foi usado em referência ao trabalho de H. Weinrich, em sua obra **Tempus**. Trata-se de uma obra na qual o autor estuda a função dos tempos verbais no discurso.

⁹ Idem, a nota anterior.

Referências

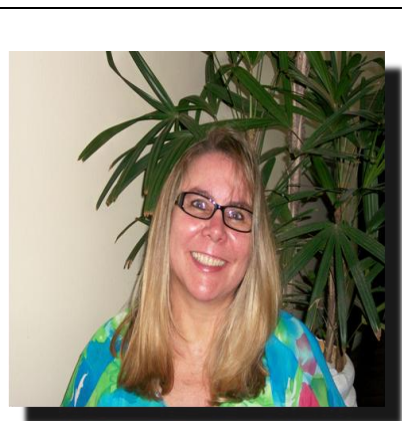
- Adam, P. e Herzlich, C. (2001)** *Sociologia da doença e da medicina*. Trad: L. Pelegrin, Bauru: EDUSC.
- Agar, M. (o)** Institutional discourse. *Text*, 5(3), 147-168.
- Alvarenga, R. E.(2005)**. *Cuidados paliativos domiciliares: Percepções do paciente oncológico e de seu cuidador*. Porto Alegre: Moriá.
- Apker, J. & Eggly, S. (2004)** Communication professional identity in medical socialization: considering the ideological discourse of morning report. *Qualitative health research*.4(3): 411-429.
- Ariès, P. (1981a)** *O homem diante da morte*. Trad: L. Ribeiro, Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- _____. (1981b) *História social da criança e da família*. Trad: L. Wernwck, Rio de Janeiro: LCT.
- _____. (2003) *História da morte no ocidente*. Trad: P.V. Siqueira, Rio de Janeiro: Ediouro.
- Atkinson, P; Pugsley, L.(2005)** Making sense of ethnography and medical education. *Medical Education*. 39 (2): 228-234.
- Azevedo, C. et alii.(2007)** Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 23 (10): 2410-2420.
- Balint, M. (1988)** *O médico seu paciente e a doença..* Trad: Roberto Musachio. Rio de Janeiro. São Paulo: Livraria Atheneu.
- Bamberg, M. (2006)** "Encyclopedia entry on 'Positioning'". In D. Hermann, M. Jahn and M.L. Ryan (eds.) *The Routledge encyclopedia of narrative theory*. New York: Routledge, 445-446.
- Barchifontaine, C. (2004)** Prefácio a Pessini, Luciana e Bertachini, Leo (orgs.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Ed. Loyola, pp.xv-xvi.
- Barnes, R. (2000)** *Losing ground: locational formulations in argumentations over new travellers*. Plymouth: Plymouth University Press.
- Bauer, M. (1995)** Towards the social representation of human genetics: public perceptions and press coverage of the human genome project in Britain. 2ª Conferência Internacional sobre Representações Sociais, Rio de Janeiro.
- Beiro, D. (2005)** O espaço geográfico e alunos migrantes. In: CONGRESSO DE LEITURA DO BRASIL (COLE), 15º; ENCONTRO PRÁTICA DE LEITURA, GÊNERO E EXCLUSÃO, 3º, 2005, Campinas (SP). *Caderno de Resumos*. Campinas (SP):

-
- Associação de Leitura do Brasil (ALB), Faculdade de Educação – UNICAMP.
- Coracini, M. J. (2003)** (org.). *Identidade e discurso*. Campinas: Ed. da Unicamp; Chapecó: Argos Editora Universitária.
- Cortez, M.(2003)** *O discurso terapêutico e a análise de discurso crítica*. Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, dissertação de mestrado inédita.
- De Fina, A. et alii. (2006)** *Discourse and identity*. Cambridge: University Press.
- Fairclough, N.(1989)** *Language and power*. Londres e Nova York: Longman.
- _____. (1995) *Critical discourse analysis*. London: Longman.
- _____. (2001) *Discurso e mudança social*. Coordenadora da tradução, revisão técnica e prefácio: Izabel Magalhães. Brasília: Ed. Universidade de Brasília.
- Fiorin, J. L. (2003)** *Introdução à lingüística*. Princípios de análise. São Paulo: Contexto.
- Foucault, M. (1987)** *A arqueologia do saber*. 3.ed. Trad. L. F. Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____.(2003) *Microfísica do poder*. Trad. Roberto Machado. São Paulo. Graal.
- _____. (2004) *Vigiar e punir*. 28 ed. Trad. Raquel Ramallete. Petrópolis: ed. Vozes.
- _____.(2002). *As palavras e as coisas*. Trad. S. T. Muchail. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (2004) *O nascimento da clínica*. Trad. R. Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____.(2005) *A história da loucura*. Trad. José T. Coelho. São Paulo. Perspectiva.
- Gunn, S. (2002)** 'The spatial turn: Changing histories of space and place', In: SIMON GUNN & ROBERT JOHN MORRIS (eds), *Identities in Space: Contested terrains in the Western City since 1850*, Aldershot: Ashgate.
- Habermas, J. (1984)** *Mudança estrutural da esfera pública*. Trad: Flávio Kothe. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- _____. (1998). *O discurso filosófico da modernidade*. Trad: Ana Maria Bernado et alii. Lisboa.
- Haesbaert, R.(2006)** *Mitos da desterritorialização*. São Paulo: Bertrand Brasil.
- Hall, S. (2003)** *Da diáspora. Identidades e mediações culturais*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

-
- _____. (1997). *Identidades culturais na pós-modernidade*. Trad. Tomaz, T. S. & Guacira, L. L. DP&A Editora.
- Halliday, M. (1970)** Language structure and language function. In Lyons, J, *New Horizons in Linguistics*. Hermondsworth: Penguin Books: 140-165.
- _____. (1993) *Language as social semiotic. Social interpretation of language and meaning*. 8ª reimpressão. London: Edward Arnold. 1993.
- _____. (1985) *An introduction to functional grammar*. New York: Arnold.
- Halliday, M. & Hasan, R.(1989)** *Language, context and text: aspects of language in a social-semiotic perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Halliday, M. & Matthiessen, C. (2004)** *An introduction to functional grammar*. Londres: Edward Arnold.
- Harvey, D.(2000)** *A condição pós-moderna*. Trad. A. U. Sobral e M.S. Gonçalves. São Paulo: Loyola.
- Hydén, C. & Mishler, E. (1999)** Language and medicine. *Annual Review of Applied Linguistics* (19), 174-192.
- Heritage, J. & Maynard, D.(2006)** *Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: University Press.
- Hobsbawn, E.(1995)** *Era dos extremos*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Laplantine, F. (2004)** *Antropologia da doença*. Trad:Valter Lellis Siqueira. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Lefebvre, H. (1991)***The production of space*, Oxford: Blackwell.
- Scliar, M.(2001)** *A face oculta*. Inusitadas e reveladoras histórias da medicina. Porto Alegre: Artes e ofícios.
- Scollon, R. & Scollon, S. W.(2003)** *Discourse in place: Language in the material world*,London: Routledge.
- Segalen, M. (1999)** *Sociologia da família*. Lisboa: Terramar Editores.
- Signorini, I.(org.) (1998)**. *Língua(gem) e identidade: elementos para uma discussão no campo aplicado*. Mercado de Letras. p. 333-380.
- Van Dijk, T. A. (1986)** *New as discourse*. Nova Iork. Longman.
- _____. (1997) *Discourse as social interaction*. Sage Publications.
- _____. (1999) *Ideology; a multidisciplinary approach*. Londres: Sage.
- _____. (2002) Multidisciplinary CDA; a plea for diversity. In: Wodak, R. & Meyer, M. (orgs). *Methods of critical discourse analysis*. Londres: Sage, 95-120.
- _____.(2003) *Ideología y discurso*. Barcelona: Ariel.
- Van Leeuwen. T. (1997)** A representação dos atores sociais. In: Pedro, Emilia. (org.). *Análise Crítica do Discurso*. Lisboa: Caminho.

- Van Maanen, J. (1988)** *Tales of the field*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Wacquant, L. (1997)** Da América como utopia às avessas. In: Bourdieu, P. (coord.) *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes.
- White, P. (2001)** Dialogue and inter-subjectivity: reinterpreting the semantics of modality and hedging. In: Coulthard, Malcolm.; Cotterill, Janet.; Rock, France. (Eds.). *Working with dialogue*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag, p. 67-80.
- _____.(2002) (author/developer). 'The Appraisal Website'. (www.grammatics.com/appraisal/).
- _____.(2003) Beyond modality and hedging: a dialogic view of the language of intersubjective stance. *Text*, v. 23, n. 3: Special Edition on Appraisal, p. 259-284.
- Wodak, R. (1999)** *Disorders of discourse*. London: Longman. 1996.
- Wodak, R. et al.** *The discursive construction of national identity*. Edinburgh University Press.
- _____. & Meyer.(2003) *Métodos de análise crítico del discurso*. Trad: Tomás F. e Beatriz E. Espanha: Ed. Gedisa.
- Woodward, K. (2000)** *Identidade e diferença A perspectiva dos estudos culturais*. In: Tomaz Tadeu Silva (org.). Ed. Vozes.
- Zarur, D. (1994)** *Á vida dos mortos*. Rio de Janeiro: Ed. Binus.

Nota Biográfica



Carmem Jená Machado Caetano é linguista, formada em Letras pela Universidade de Brasília – UnB. Tem Mestrado em Linguística pela mesma universidade. É Doutora em Linguística pela Universidade de Brasília/ Universidade de Coimbra - Portugal e Pós-doutoranda pela Universidade Federal do Ceará – UFC. É membro do Núcleo de Estudos de Linguagem e Sociedade (NELIS) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) da UnB. Sua linha de pesquisa e ensino é ligada à Linguística e às Ciências da Saúde. Atualmente, é professora da Universidade Católica de Brasília e desenvolve trabalhos na área de produção de material para o Ensino a Distância. carmemjena@gmail.com