

**Todo mundo se quebra de vez em quando:
um estudo sobre os processos de
subjetivação em idosas hospitalizadas por
fratura de fêmur**

*Everybody breaks occasionally: a study of the subjectivation
processes in older hospitalized for femur fracture*

Daniela Rosa Cachapuz
Sergio Antônio Carlos

RESUMO: Para compreender o impacto do trauma físico na subjetivação de mulheres idosas e entender a produção de efeitos da hospitalização na subjetivação, foi realizada uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório com quatro mulheres com mais de 60 anos, hospitalizadas por fratura de fêmur em um hospital em Porto Alegre (RS). Foram entrevistadas durante e após o período de internação hospitalar. Destacam-se a evidência do sofrimento gerado pelo poder instituído, a submissão às rotinas hospitalares e o constrangimento pela exposição do seu corpo.

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

ABSTRACT: *To understand the impact of physical trauma of subjectivation in older women and to understand the effect of the subjectivation in the hospital, was conducted a qualitative and exploratory research, with four women over 60 years, hospitalized for femur fracture at a hospital in Porto Alegre (RS). Have been interviewed during and after the hospitalization period. Most notable are the evidence of the suffering caused by institutional power, submission to hospital routines and embarrassment from exposure of his body.*

Keywords: *Aging; Hospitalization; Physical trauma; Subjectivation.*

Introdução

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

A fratura de fêmur é considerada uma das mais frequentes lesões provocadas por quedas e traz importantes prejuízos ao idoso. É tida como uma causa significativa de morbidade e mortalidade nessa população, sendo responsável por grande parte das cirurgias em enfermarias ortopédicas. Sua incidência aumenta com a idade e é mais comumente relacionada a idosos residentes em áreas urbanas e de sexo feminino. Na pesquisa realizada por Muniz; Arnaut; Yoshida e Trelha (2007), 61,80% dos casos de fratura de fêmur eram do sexo feminino. Os autores atribuem a maior ocorrência das fraturas no sexo feminino à maior prevalência de doenças crônicas, maior exposição a atividades domésticas, à menor quantidade de massa magra e de força muscular nas mulheres quando comparadas a homens de mesma idade.

O tratamento da fratura de fêmur é cirúrgico; visa à redução e fixação estável da fratura, implica na substituição protética e tem como objetivo o início da marcha precoce. A fratura acarreta um prejuízo social aos idosos que têm sua reserva funcional diminuída, necessitam de cuidados médicos intensivos e programas de reabilitação por longos períodos (Cunha & Veado, 2006; Sakaki; Oliveira; Coelho; Leme; Suzuki & Amatuzzi, 2004). Na maioria das situações, a fratura constitui um evento com consequências catastróficas na vida do idoso, implicando em alterações no seu bem-estar físico, psíquico e social (Cunha & Veado, 2006). Metade dos idosos

torna-se incapaz de deambular e um quarto precisa de cuidados domiciliares por tempo prolongado. A taxa de mortalidade no primeiro ano após a fratura é de 15%. O tempo de internação hospitalar depende da situação clínica dos pacientes no pré-operatório, de atrasos ou não na marcação e realização da cirurgia e da recuperação no pós-operatório (Muniz, Arnaut, Yoshida & Trelha, 2007). Em função disso, a fratura de fêmur é considerada de alta complexidade terapêutica, exigindo a intervenção multiprofissional com o objetivo de manter a capacidade funcional do idoso (Pereira; Buksman; Perracini; Py; Barreto & Leite, 2001).

A partir da necessidade de um tratamento especializado nessas situações foi criada em 2006 a Linha de Cuidado do Trauma do Idoso no Hospital Cristo Redentor. O hospital faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) situado na cidade de Porto Alegre (RS) e é responsável pelo atendimento de pacientes exclusivamente através do Sistema Único de Saúde/SUS. A Linha de Cuidado do Trauma do Idoso é responsável pelo atendimento de pessoas com 60 anos ou mais com fratura de fêmur. Sua constituição se deu a partir da necessidade de um atendimento mais integrado a essa população, tendo em vista as particularidades envolvidas na hospitalização de idosos e no tratamento desse tipo de fratura.

A questão diagnóstica e prognóstica, tão enfatizada no ambiente hospitalar, as diferentes prescrições quanto ao envelhecimento, as diversas escalas e testes psicológicos oferecidos no trabalho da psicologia com o idoso mostram-se deficitários diante da multiplicidade presente nos relatos dos idosos e seus acompanhantes. Norteados pela questão: “Como se dá o processo de subjetivação em mulheres com sessenta anos e mais, hospitalizadas na Linha de Cuidado do Trauma do Idoso?”, o presente estudo foi construído a partir de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, norteados, não pela lógica da verificação, mas sim pela lógica da descoberta apontada por Eizirik (2003).

O Sujeito Idoso e os Processos de Subjetivação

A velhice vem se tornando um tema de estudos privilegiado e o velho, segundo Debert (2004), é um ator que não está mais ausente do conjunto de discursos produzidos. Os velhos correspondem a uma parcela cada vez maior da população mundial; a velhice vem alcançando

maior visibilidade nas últimas décadas, ganhando expressão e legitimidade no campo das preocupações sociais contemporâneas.

A “invenção da terceira idade” é trazida por Debert (2004:19) como uma experiência inusitada de envelhecimento que não pode ser reduzida ao prolongamento da vida na atualidade. Quanto a isso, destaca inúmeras questões como a presença de uma comunidade de aposentados com peso suficiente na sociedade, a descronologização da vida característica do contemporâneo, a cultura do consumidor, a autorresponsabilização pela própria aparência e a juventude tida como um valor social. Debert (2004) chama a atenção para a preocupação da sociedade com o envelhecimento humano, propondo uma análise dos processos através dos quais a velhice vem-se transformando em um problema social que ganha, a cada dia, mais expressão e legitimidade. Relaciona o que chama de “formas de gestão da velhice” à “reprivatização do envelhecimento”, apontando a socialização progressiva da gestão da velhice na sociedade contemporânea, a criação da gerontologia como um campo de saber específico encarregado da formação de especialistas no envelhecimento e as conseqüentes tentativas de homogeneização das representações da velhice. Diante disso, a autora aponta a necessidade de uma postura crítica diante do papel de geriatras e gerontólogos como agentes ativos na proposta de práticas que valorizam a busca da eterna juventude.

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

Os modos de objetivação e subjetivação, segundo Foucault (2006), permanecem intimamente relacionados e variam de acordo com o período histórico. Da ligação e do desenvolvimento mútuo da objetivação e da subjetivação, surgem os jogos de verdade: as regras e as condições de emergência de discursos considerados como verdadeiros ou falsos. O conteúdo

presente nos jogos de verdade varia de acordo com o tempo e as circunstâncias. Isso traz a necessidade da interrogação contínua sobre as condições que permitem, conforme as regras do dizer verdadeiro ou falso, reconhecer um sujeito de determinada forma.

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

Mesmo reconhecendo a produção de efeitos dos jogos de verdade nos processos de subjetivação, Foucault (2006) destaca que a liberdade é a condição principal para a existência de relações de poder, já que, quando um dos dois está completamente à disposição do outro, não há relação de poder. Segundo o autor, se existem relações de poder por todo o campo social é porque há também possibilidades de resistência nele. As resistências, segundo Foucault (2003a), constituem o “outro termo” (p. 91) nas relações de poder. Elas são casos únicos, estão no plural “possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício” (p. 91) e existem apenas no campo estratégico de relações de poder. O conceito de resistência serve como um potente dispositivo para pensar a multiplicidade das experiências de envelhecimento no contemporâneo mesmo diante das inúmeras prescrições vigentes, abrindo caminho para a discussão dos processos de subjetivação e da ética.

Envelhecimento Feminino e Subjetivação

Nas últimas décadas, segundo Debert (2004), inúmeras pesquisas descrevem o envelhecimento demográfico, definido como o aumento do percentual de idosos na população total de um país ou região. Isso vem acontecendo desde o final do século XVIII nos países que deram início à Revolução Industrial; primeiramente na Europa Ocidental, seguido pela América do Norte e, tempos depois, pela América do Sul.

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

Vários estudos, conforme Britto da Motta (1999), abordam a predominância das mulheres velhas na população mundial apenas através do ponto de vista demográfico e estatístico, deixando de lado as características e consequências dessas diferenças na sociedade e nos processos de subjetivação. Para a autora, a formação de subjetividades relaciona-se à múltipla pertinência de classe, gênero, idade, etnias, bem como às diferentes dimensões da vida social.

No estudo do envelhecimento, observa-se que ser jovem ou ser velho são situações vividas tanto de forma homogênea quanto diferencial, conforme com a classe social e o gênero das pessoas de determinada faixa etária. De acordo com o gênero, a trajetória de vida de homens e mulheres, tida como uma construção social e cultural, determina representações e comportamentos diversos quanto à condição de velho. Homens e mulheres, conforme Camarano (2004), envelhecem de diferentes formas. As relações de gênero, segundo Brito da Motta (1999), remetem a construções sociais de formas de dominação e subordinação, mediante a presença de relações de poder de caráter histórico, que resultaram em trajetórias sociais diferentes para os homens e mulheres. A trajetória de homens e mulheres de idade avançada foi fortemente marcada por diferentes expectativas sociais. Em muitos casos, as diferenças de gênero são tão significativas na experiência que chegam a ultrapassar as diferenças de classe social.

Mesmo diante das prescrições quanto ao gênero e ao envelhecimento em nossa sociedade, tais experiências são vividas de múltiplas formas no Brasil. Ao abordar o papel do código moral nos processos de subjetivação, Foucault (2003b) diferencia moral e ética. Enquanto a moral refere-se a um conjunto de regras e normas prescritivas, a ética diz respeito à reflexão sobre os modos de vida. O conceito de ética em Foucault (2003b) traz a possibilidade de reflexão dos sujeitos diante dos códigos prescritivos, bem como a criação de novas formas de existência a partir da relação com a verdade. Diante das normas estabelecidas, a presença de um trabalho ético realizado sobre si mesmo abre caminho para novas possibilidades de existência.

Não existe moral ou trabalho ético, de acordo com Foucault (2006), sem a existência de práticas de si, tidas como: “[...] práticas refletidas e voluntárias através das quais os homens não somente fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer da sua vida uma obra de arte que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo” (Foucault, 2003b: 15).

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

Inúmeros autores destacam a heterogeneidade da experiência de envelhecimento, salientando as armadilhas presentes nas generalizações. O estudo da subjetivação em mulheres velhas precisa levar em conta as diferentes prescrições quanto a esse público no contemporâneo e o contexto sócio-histórico no qual que ele está inserido. É fundamental, entretanto, ultrapassar o pensamento dicotômico com relação ao gênero e idade, promovendo espaço de análise e visibilidade para os múltiplos processos de envelhecimento e subjetivação.

Trauma Físico e Subjetivação

A fratura de fêmur diferencia-se de um adoecimento ou de uma condição clínica prévia, pois decorre de um trauma físico inesperado que invade a existência de forma abrupta. O acidente fratura, imobiliza, rompe com o anterior e imprime novas marcas ao corpo.

O trauma físico e a hospitalização são imposições do fora, independentes de planejamento ou desejo anterior, que trazem consequências que transcendem a dor física e se estendem às formas de viver. A condição física fragilizada exige imobilização, permanência no leito e dependência de outros para a realização dos cuidados. Ao abordar a imobilização do corpo, Lapoujade (2002) traz a questão “o que pode o corpo?”, chamando a atenção não apenas à atividade do corpo, mas à potência do corpo em si mesma, independente do ato pelo qual se exprime. O autor busca problematizar a noção de potência do corpo sempre atrelada a uma resposta que afirma a superioridade do ato, do agente em relação à potência. Propõe, então, a definição de uma potência própria ao corpo, tendo em vista que esses corpos permanecem dotados de uma estranha potência superior à da atividade do agente. À medida que a potência liberta do ato entra em cena no ambiente hospitalar, a ênfase dada ao diagnóstico e ao prognóstico não mais dá conta da multiplicidade presente na experiência dos sujeitos. A violência sofrida pelo corpo produz efeitos nos modos de vida, gera um pensar sobre si, deixa de ser um acidente e se torna um acontecimento.

O acontecimento, para Carreteiro (2003), refere-se a um momento de mudança, de ruptura em uma história de vida, que produz disjunções na trama das representações prévias. Ele promove, conforme Figueiredo (1994), um rompimento da rotina e uma quebra dos dispositivos de construção e manutenção do tecido da realidade. O acontecimento não é algo que irrompe e transita, mas sim a própria ruptura e transição. O acontecimento, para Deleuze, está para além do simples acidente, ou seja, aquilo que nos acontece: é algo naquilo que nos acontece. Diferencia-se de evento, segundo Pelbart (1998), pois não está relacionado aos fatos tidos na ordem sucessiva da história, mas sim aos acontecimentos errantes e sem lugar.

Deleuze (2006) estabelece um paralelo entre pensamento e acontecimento e, para isso, distingue duas espécies de coisas: as que deixam o pensamento tranquilo e as que forçam a pensar. As primeiras não nos permitem sair da reconhecimento, do reconhecimento, enquanto as segundas fazem nascer o ato de pensar do pensamento, através de uma estranheza, uma inimizade

capaz de tirar o pensamento de seu estupor natural. O pensamento é possível somente quando algo no mundo nos força a pensar em presença daquilo que só pode ser sentido mediante um encontro que coloca um problema. O paradoxo, para Deleuze (2006), traz esse arrombamento, a paixão do encontro e a perturbação constante que não dá lugar ao conformismo.

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

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

Trajetória Metodológica

O processo de pesquisa, de acordo com Minayo (2008), é um movimento constante de definição e redefinição do objeto em todas as suas etapas, pois o conhecimento implica em um exercício de cooperação entre os investigadores que trabalham sobre as descobertas uns dos outros. A partir disso, optou-se pela realização de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa, segundo Eizirik (2003), não se preocupa com a

verificação/comprovação de hipóteses e nem com a busca de uma verdade. Ela busca conhecer as múltiplas verdades que habitam o segmento investigado e exige que o pesquisador vá ao encontro da realidade, misture-se com o mundo e com os outros sujeitos, faça um recorte, investigue um problema, permanecendo sempre atento aos efeitos que ele próprio causa sobre seu objeto de estudo: as pessoas. Tais ações traduzem uma metodologia, exigem teorias e conceitos como fios condutores, compromisso com a realidade e com os sujeitos, além de vigilância epistemológica e comportamento ético.

A análise de implicação ao longo da pesquisa foi considerada fundamental para a compreensão dos atravessamentos institucionais presentes tanto na hospitalização das idosas e seus processos de subjetivação quanto na pesquisa em si. Para Altoé (2004: 83), a análise de implicação permite compreender a instituição como algo simultaneamente interno e externo ao observador, o qual permanece sempre implicado no campo de observação, transformando o objeto de seu estudo.

O estudo contou com a participação de quatro mulheres com idade acima de 60 anos residentes em Porto Alegre e Grande Porto Alegre hospitalizadas na Linha de Cuidado do Trauma do Idoso entre maio e setembro de 2009, para tratamento de fratura de fêmur e que aceitaram fazer parte do estudo.

Como estratégia metodológica, foi construído um diário de campo e realizadas entrevistas. O diário de campo, conforme Minayo (2008), é um importante instrumento para o registro de informações, tornando a pesquisa de campo mais verdadeira, favorecendo a qualidade e a profundidade das análises.

Procedimentos

Após a aprovação do projeto da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (Parecer n.º 09-010), iniciou-se o contato com as participantes, no qual foram prestados esclarecimentos sobre a pesquisa, sobre a necessidade de gravação das entrevistas, sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sobre as atividades de pesquisador. Após a concordância com a gravação das entrevistas, apresentação, leitura e questionamentos a respeito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, este foi assinado

pelas participantes que concordaram em participar do estudo. Mesmo sendo informadas de que a pesquisa não constituía um procedimento padrão do hospital, algumas pessoas mostraram-se surpresas com a possibilidade de recusarem-se a participar dela, acreditando que, no ambiente hospitalar, os pacientes devem se submeter a todos os procedimentos sem questionamento.

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

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

As entrevistas durante a internação hospitalar foram feitas nos quartos das pacientes, tendo em vista a impossibilidade de locomoção das pessoas, tanto antes quanto depois da realização da cirurgia. As entrevistas domiciliares foram previamente agendadas com as participantes e realizadas em suas residências, com a exceção de uma participante que preferiu realizar as entrevistas após a alta hospitalar em sala do ambulatório do hospital.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas após a sua realização para que seu conteúdo pudesse ser analisado e discutido, permitindo a emergência de novas questões a serem trabalhadas na entrevista posterior. Após a realização das entrevistas, o conteúdo transcrito e as observações feitas em diário foram reunidos e passaram por nova análise, objetivando a emergência de novas questões diante de um olhar mais integrado. A partir da leitura do material, decidiu-se organizá-lo em função dos diferentes momentos vividos pelos participantes ao longo da pesquisa, percorrendo os momentos iniciais da internação antes da realização do procedimento cirúrgico, o período final da internação, a saída do hospital e o cotidiano no período após a alta hospitalar (retomada ou não das atividades). Esse conteúdo foi relacionado ao problema de

pesquisa e aos objetivos do estudo, sendo constantemente pensado a partir do referencial teórico trabalhado quanto ao envelhecimento, trauma físico e subjetivação.

As Idosas Hospitalizadas e os Processos de Subjetivação

A idade das entrevistadas variou de 66 a 82 anos. Das quatro entrevistadas, uma era casada, outra separada, duas eram viúvas (uma delas tem um companheiro). Todas tinham filhos. Antes do trauma, duas moravam com filhas, uma com o marido e outra só. Três eram aposentadas e uma nunca trabalhou, pois foi esposa de um diretor de banco. A fratura e a hospitalização levaram-nas a buscar uma residência com mais acessibilidade.

Neste item, busca-se visibilizar o material produzido através do diário de campo e das entrevistas, construindo relações entre o conteúdo trazido pelas participantes e questões teóricas relacionadas ao envelhecimento e ao trauma físico. Foi organizado a partir dos diferentes momentos vividos pelas participantes durante a realização da pesquisa e está subdividido em tópicos intitulados por suas falas. Vale ressaltar que os nomes citados são fictícios.

1. “A vida da gente muda num minuto”

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

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

Para essas mulheres, o trauma físico produz a fratura do corpo e também dos modos anteriores de viver. O estranhamento e a inquietação provenientes do corte com o anterior trouxeram consigo a possibilidade de problematização e crítica. O desassossego nascido pela divergência das faculdades do pensamento força um pensar não mais direcionado ao reconhecimento. É impossível permanecer o mesmo diante da dor e do sofrimento: novos sentidos e uma nova temporalidade se impõem. O acidente no corpo dá lugar ao acontecimento.

2. “Nunca imaginei que eu pudesse chegar num hospital agora”

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

3. “No limite da dor, no limite de tudo”

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

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

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

5. “Agora sou o nenezinho da casa”

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

6. “Se Deus quiser, quero continuar.”

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

7. “O que eu mais tinha medo é que ocorresse isso”.

A presença de algum tipo de temor percorreu o processo de reabilitação de tais mulheres. Os temores iniciais relacionados à morte durante o período de hospitalização, aos poucos, se transformaram em temores ligados à incapacidade física no futuro. O medo da presença de limitações que impossibilitassem a retomada do cotidiano anterior e da dependência de outros para a realização das atividades se mostrou presente nos diferentes momentos do processo de recuperação. Diante de progressos na reabilitação e da retomada de algumas atividades, as participantes alternavam alguns momentos de contentamento com a recuperação e outros de insatisfação, considerando o medo de se machucar novamente, um obstáculo à reabilitação. Diante do corte com o anterior e a produção de efeitos disso em suas vidas, as participantes mostravam-se inquietas e desassossegadas, denunciando a impossibilidade de retorno ao que se era antes.

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

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

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

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

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

A submissão às rotinas hospitalares, o constrangimento pela exposição do corpo, o uso de fraldas e a dependência de outros para a realização de seus cuidados foram considerados pontos geradores de intenso sofrimento pelas participantes. O confronto com tais questões, no entanto, colocou em evidência a impotência do corpo como uma condição primeira do mesmo diante das afecções resultantes dos encontros contínuos com outros corpos, com o poder e com a alteridade. O surgimento do “corpo que não aguenta mais” permitiu às participantes retomarem aquilo que é mais próprio ao corpo, conforme Pelbart (2004): a sua dor no encontro com a exterioridade, sua condição de corpo afetado pelas forças do mundo. O sofrimento interrogou a potência de resistência dos seus corpos, abrindo caminho para o nascimento de outras formas de potência que não mais a do agente e do ato. Ao se depararem com a impotência primeira do corpo, tais mulheres puderam afirmar, de diferentes formas, a sua singularidade. A partir da passividade constitutiva, do sofrimento primário, dos ferimentos e dores, tornaram-se, aos poucos, ativas. Ao defenderem-se da ferida mais grosseira (Pelbart, 2004: 45), puderam abrir-se à diversidade de afecções sutis, transformando seu ser singular.

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

Considerações Finais

Ao longo da construção do trabalho, foi-se percebendo que o ingresso de tais mulheres em uma unidade hospitalar destinada ao atendimento específico de idosos já trazia consigo a submissão a uma tripla condição de sujeição que relacionava envelhecimento, gênero e hospitalização. A partir disso, a construção do campo conceitual abordou tais temas, buscando problematizá-los em função da noção de subjetivação em Foucault e do conceito de dobra em Deleuze: fios condutores para pensar os processos de subjetivação dessas mulheres.

O estudo das formas de subjetivação, para Foucault (2006), implica na interrogação contínua sobre as condições que permitem reconhecer um sujeito de determinada forma de acordo com as normas do dizer verdadeiro ou falso. Estão diretamente relacionadas à presença de jogos de verdade, variáveis de acordo com o tempo e com as circunstâncias. O conceito de dobra em Deleuze, tida como o ponto de inflexão pelo qual se dá a produção de um *Dentro* a partir de um *Fora*, permite, de acordo com Silva (2004), considerar as composições de forças dobradas a partir das diversas formações históricas.

Cada uma dessas mulheres relacionava-se de uma maneira singular com a questão do envelhecimento e do gênero anteriormente à fratura e ao ingresso no ambiente hospitalar. O trauma físico foi considerado uma imposição do Fora que produziu efeitos para além do corte no corpo. A entrada no hospital inaugurou a submissão à disciplina hospitalar, tida por Orlandi (2004), como uma espécie de crueldade imposta aos corpos na tentativa de reduzir a multiplicidade presente em cada sujeito à padronização de acordo com as regras do hospital. Para o autor, os sujeitos, despidos de suas particularidades em prol da padronização hospitalar, passaram a ser reconhecidos como iguais a partir da lesão que os acometeu. A submissão à disciplina hospitalar interrogou a potência de resistir dos corpos de tais mulheres. O confronto com uma nova realidade, com a limitação, com o próprio envelhecimento, com uma alteridade instigante, trouxe consigo um desassossego e um questionamento. A dor, o cansaço e o sofrimento serviram como disparadores para um pensar não mais no sentido da reconhecimento. As entrevistas realizadas com as participantes durante o período de hospitalização e após a saída do hospital permitiram acompanhar a singularidade presente nas relações que tais mulheres iam construindo com as normas e prescrições às quais eram submetidas, através de um trabalho ético sobre si mesmas.

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

É importante destacar que o estudo constitui uma primeira aproximação com o tema e também uma das múltiplas formas de abordá-lo. Permanece o desejo de pesquisar em diferentes realidades, o que não pôde ser realizado em virtude dos limites deste estudo. Fica a sugestão de pesquisas com pessoas institucionalizadas, mais ativas e, até mesmo, em idade mais avançada, assim como estudos que envolvam a participação de usuários de instituições particulares e de outros convênios/planos de saúde.

Referências

- Altóe, S. (Org.). (2004). *René Lorau: Analista Institucional em Tempo Integral*. São Paulo: (SP): HUCITEC.
- Britto da Motta, A. (1999). As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. *Cadernos Pagu*, 13: 191-221. Campinas (SP).
- Camarano, A.A. (2004). *Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro (RJ): IPEA.
- Carreiro, T.C.C. (2003). Acontecimento: categoria biográfica individual, familiar, social e histórica. In: Féres-Carneiro, T. *Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas*. São Paulo (SP): Loyola.
- Cunha, U. & Veado, M.A.C. (2006). Fratura da extremidade proximal do fêmur em idosos: independência funcional e mortalidade em um ano. *Rev. Bras. Ortop.*, 41(6): 195-9.
- Debert, G.G. (2004). *A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento*. São Paulo (SP): Editora da Universidade de São Paulo/ FAPESP.
- Deleuze, G. (2006). *Diferença e Repetição*. (2ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Graal.
- Eizirik, M.F. (2003). Por que fazer pesquisa qualitativa? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 5(1): 19-32. Porto Alegre (RS).
- Figueiredo, L.C. (1994). Fala e Acontecimento em Análise. In: Figueiredo, L.C. *Escutar, Recordar, Dizer: encontros heideggerianos com a clínica psicanalítica*. São Paulo (SP): Educ/Escuta.
- Foucault, M. (2006). *Ditos e Escritos V. Ética, sexualidade e política*. (2ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária.
- _____. (2003a). *História da Sexualidade I*. (15ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Graal.

- _____. (2003b). *História da Sexualidade II*. (10ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Graal.
- _____. (1995). O Sujeito e o Poder. In: Dreyfus, H. & Rabinow, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica*: 231-49. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária.
- Heredia, O.C. (2000). Mulher e Velhice demográfica. In: Strey, M.N.; Mattos, F.B.; Fensterseifer, G. & Werba, G.C. (2000). *Construções e Perspectivas em Gênero*: 191-8. São Leopoldo (RS): UNISINOS.
- Lapoujade, D. (2002). O corpo que não aguenta mais. In: Lins, D. & Gadelha, S. *Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo*. Rio de Janeiro (RJ): Relume Dumará.
- Minayo, M.C.de. (2008). *O Desafio do Conhecimento*. (10ª ed.). São Paulo (SP): Hucitec.
- Muniz, C.F.; Arnaut, A.C.; Yoshida, M. & Trelha, C.S. (2007, jun.). Caracterização dos Idosos com Fratura de Fêmur Proximal Atendidos em Hospital-Escola Público. *Revista Espaço para a Saúde*, 8(2): 33-8. Londrina (PR).
- Orlandi, L.B.L. (2004). Corporeidades em Minidesfile. In: Fonseca, T.G. & Engelman, S. *Corpo, Arte e Clínica*: 65-87. Porto Alegre (RS): UFRGS.
- Pelbart, P.P. (2004). O Corpo do Informe. In: Fonseca, T.G. & Engelman, S. *Corpo, Arte e Clínica*: 41-8. Porto Alegre (RS): UFRGS.
- _____. (1998). *O Tempo não-reconciliado*. São Paulo (SP): Perspectiva/FAPESP.
- Pereira, S.R.M.; Buksman, S.; Perracini, M.; Py, L.; Barreto, K.M.L. & Leite, V.M.M. (2001, jun.). *Queda em Idosos*. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- Sakaki, M.H.; Oliveira, A.R.; Oliveira, F.F.C.; Garcez Leme, L.E.; Suzuki, I. & Amatuzzi, M.M. (2004). Estudo da mortalidade na fratura do fêmur proximal em idosos. *Acta Ortop.Bras.*, 12(4): 242-9.
- Sánchez Salgado, C.D. (2002). Mulher Idosa: a feminização da velhice. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, 4: 7-19. Porto Alegre (RS): UFRGS.
- Silva, R.N. (2004). A dobra deleuziana: políticas de subjetivação. *Revista do Departamento de Psicologia (UFF)*, 6(1): 55-75. Niterói (RJ).

Recebido em 20/05/2012

Aceito em 30/06/2012

Daniela Rosa Cachapuz - Psicóloga do Grupo Hospitalar Conceição, Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Especialista em Direito da Criança e do Adolescente pela FMP.

Email: danielacachapuz@hotmail.com

Sergio Antonio Carlos - Doutor em Serviço Social, professor do Programa Associado do Departamento de Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia – UFRGS.

E-mail: sacarlos@ufrgs.br