

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

FERNANDA NIEMEYER

**CÂNCER, CORPO E CINEMA:
lições de Hollywood sobre adoecer e morrer**

Porto Alegre

2010

FERNANDA NIEMEYER

**CÂNCER, CORPO E CINEMA:
lições de Hollywood sobre adoecer e morrer**

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

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

Porto Alegre

2010

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS**

N672c Niemeyer, Fernanda

Câncer, corpo e cinema : lições de Hollywood sobre
adoecer e morrer [manuscrito] / Fernanda Niemeyer. –
2010.

142 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio
Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2008.

Orientação: Maria Henriqueta Luce Kruse.

1. Enfermagem – Cinema. 2. Câncer – Doente terminal
– Corpo. 3. Neoplasias. 4. Câncer – Cinema – Discurso. 5.
Estudos culturais. I. Kruse, Maria Henriqueta Luce. II. Título.

NLM : WY156

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

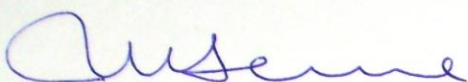
FERNANDA NIEMEYER

CÂNCER, CORPO E CINEMA: LIÇÕES DE HOLLYWOOD SOBRE ADOECER E MORRER

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

Aprovada em Porto Alegre, 27 de agosto de 2010.

BANCA EXAMINADORA



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



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



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



Profa. Dra. Elí Teresinha Henn Fabris
Membro da banca
UNISINOS

Dedico esta vitória aos meus pais, Luiz
Fernando e Jô, pessoas batalhadoras que me
inspiram a cada dia.

AGRADECIMENTOS

Para que esta Dissertação pudesse ser concretizada, foi indispensável o apoio de algumas pessoas que considero importantes. Primeiramente agradeço minha querida “profi” Maria Henriqueta Luce Kruse, a quem admiro como orientadora, como professora, como profissional, enfim, como pessoa. Há uns três anos, quando ainda estava na graduação, enquanto orientava meu trabalho de conclusão de curso, acreditou no meu potencial e sugeriu que eu participasse do processo de seleção para entrar no Mestrado. Devido a ela, aqui estou, com uma bagagem de aprendizados. “Profi”, não tenho palavras para descrever o tamanho da minha gratidão por ti. Só tenho a agradecer pela atenção, carinho e paciência que dispensastes a mim nesse tempo em que trabalhamos juntas. Obrigada por ter acreditado na minha capacidade de escrever uma Dissertação de Mestrado que considero de qualidade. Saiba que, sem ti, isso não seria possível. Sou tua fã!

Quero agradecer também às meninas do Grupo de Orientação, Karen Schein da Silva, Flávia Pacheco da Silva, Daniela Dallegrave, Adriane Goularte e Rúbia Guimarães Ribeiro, que, mais que colegas, são amigas que conquistei e que me conquistaram. Obrigada pelo apoio, pelo carinho, pelos momentos em que pude chorar no ombro de vocês, por terem dedicado tempo para colaborar com a minha pesquisa. De maneira especial, agradeço à Karen, grande parceira dessa jornada, com a qual dividi momentos de angústias, mas também de alegrias. Baixinha, esta Dissertação certamente também tem muito de ti!

Agradeço às professoras Miriam de Abreu Almeida, Mariene Jaeger Riffel e Elí Henn Fabris, que gentilmente aceitaram fazer parte da banca examinadora, assim como agradeço por terem contribuído com suas apreciáveis ideias na qualificação do projeto desta Dissertação. Gostaria de registrar minha gratidão aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que tanto contribuíram para o meu aprendizado. Agradeço ainda à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

Às minhas grandes amigas Aline Modelski Schatkoski, Helen Mendonça da Rosa e Kelly Viana, que estiveram do meu lado desde a graduação, me apoiando e torcendo pela minha vitória. Agradeço à minha amiga Sheila Lopes, que apesar da amizade recente, não deixa de ser intensa. Às queridas amigas Cristine Bacchieri e Andréa Sales, grandes amigas que o tempo não apaga. Não posso deixar de agradecer à minha amigona de infância Juliana

Leal que carinhosamente me presenteou com a revisão de Língua Portuguesa e com a formatação desta Dissertação. Amigas, obrigada pelo incentivo e apoio. Amizades como essas tornam a vida mais colorida.

Agradeço à minha mãe, Joaleza Niemeyer, ao meu pai, Luiz Fernando Pinzon Niemeyer, e ao meu irmão, Rafael Niemeyer. É difícil descrever o quanto vocês são essenciais na minha vida. Obrigada por me darem amor e carinho sem pedir nada em troca, por me apoiarem, por me ajudarem a levantar nas vezes em que eu caí, pela paciência que tiveram comigo nos meus dias de fúria. Às avós, avô, tios, tias, primos, primas. Tenho orgulho de pertencer a essa família!

Por último, mas não menos importante, agradeço ao Luiz Henrique Schneider Araújo, meu “companheirinho” que, durante essa jornada, além de ter sido meu tradutor dos textos escritos em inglês (*thank you!*), foi o cara que me fez rir nos momentos de preocupação, que me ouviu e me acalmou quando eu pensei que tudo estava perdido, que me deu carinho, amor e atenção quando eu mais precisei. Sim, *I'm a lucky woman!* Obrigada por fazer parte da minha vida e por me deixar fazer parte da tua.

Estamos na época do simultâneo, estamos na
época da justaposição, do próximo e do
longínquo, do lado a lado, do disperso.
Estamos em um momento em que o mundo se
experimenta, acredito, menos como uma
grande via que se desenvolveria através dos
tempos do que como uma rede que religa
pontos e que entrecruza sua trama.

Michel Foucault

SINOPSE^a

O estudo busca conhecer o modo pelo qual o corpo do doente com câncer é apresentado por um conjunto de 15 filmes produzidos em Hollywood, entre 1970 e 2007, cujo tema central gira em torno do personagem adulto com câncer em estágio avançado. Com base nos Estudos Culturais, em sua vertente pós-estruturalista, penso que aprendemos a ver o corpo doente de diferentes formas, nas mais diversas instâncias educativas, sendo o cinema uma delas. A partir da análise cultural, sustentada pelas noções de “discurso” e “subjetividade”, propostas pelo filósofo Michel Foucault, articulo uma das possíveis leituras do *corpus* fílmico. Tal leitura possibilitou a construção de três lições de Hollywood sobre adoecer e morrer de câncer: “Primeira lição de Hollywood: aprendendo a ser doente”, “Segunda lição de Hollywood: aprendendo a cuidar do corpo doente” e “Terceira lição de Hollywood: aprendendo a morrer de câncer”. Nelas, avalio como o discurso cinematográfico atua como uma pedagogia cultural que produz sujeitos que vêem o corpo doente de determinado modo, que ensina a cuidar desse corpo e a morrer de câncer, nos dando pistas sobre como aprendemos a nos relacionar com a doença a partir dos artefatos midiáticos. Com isso, minha proposta é suscitar reflexões que possam contribuir, de alguma forma, para a assistência e para a docência em Enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem. Educação. Cultura. Neoplasias. Doente Terminal. Cinema como Assunto.

Título: Câncer, Corpo e Cinema: lições de Hollywood sobre adoecer e morrer

^a A partir daqui, os títulos das sessões fazem uma alusão aos termos utilizados em linguagem cinematográfica, de acordo com o propósito a que se prestam. Tal forma de me referir aos títulos deriva da ideia de aproximar os leitores desta Dissertação com os conceitos da sétima arte. O termo “sinopse”, em linguagem midiática refere-se ao resumo da obra, o qual abrange os principais momentos da história. Partindo desse entendimento, chamo de “sinopse” este momento, onde descrevo o resumo do que está contido neste estudo.

SYNOPSIS

The study aims at learning how the body of the cancer patient is portrayed by a set of 15 movies produced in Hollywood between 1970 and 2007 whose central theme is about an adult character with cancer at advanced stage. Based on the Cultural Studies and their post-structuralism version, I think that we learn seeing the sick body in different ways, under the most varied educative instances, among which the movie picture stands out. Starting from the cultural analysis, supported by the notions of “discourse” and “subjectivity”, as proposed by philosopher Michel Foucault, I articulate one of the possible readings of the movie picture *corpus*. Such reading allowed the construction of three Hollywood lessons about getting sick and dying of cancer: “First Hollywood lesson: learning how being sick”, “Second Hollywood lesson: learning how taking care of the sick body” and “Third Hollywood lesson: learning how dying of cancer”. In such lessons, I make an assessment of how the movie picture discourse acts as a cultural pedagogy that produces subjects who see the sick body in a certain way and teaches how taking care of such body and how dying of cancer and therefore gives us hints about how we learn to get along with the disease from media artifacts. Thus, my proposal is raising reflections that may somehow contribute to care and education in Nursing.

Key words: Nursing. Education. Culture. Neoplasms. Terminally Ill. Cinema as Matter.

Title: Cancer, Body and Movie Picture: Hollywood lessons about getting sick and dying

SINOPSIS

El estudio busca conocer el modo como el cuerpo del enfermo con cáncer es presentado por un conjunto de 15 películas producidas en Hollywood, entre 1970 y 2007, cuyo tema central es acerca del personaje adulto con cáncer en estado avanzado. Con base en los Estudios Culturales y su versión posestructuralista, pienso que aprendemos a ver el cuerpo enfermo de distintas formas, en las más diversas instancias educativas, siendo el cine una de ellas. A partir del análisis cultural, sostenido por las nociones de “discurso” y “subjetividad”, propuestas por el filósofo Michel Foucault, articulo una de las posibles lecturas del *corpus* cinematográfico. Tal lectura posibilitó la construcción de tres lecciones de Hollywood acerca de quedarse enfermo y morir de cáncer: “Primera lección de Hollywood: aprendiendo a ser enfermo”, “Segunda lección de Hollywood: aprendiendo a cuidar del cuerpo enfermo” y “Tercera lección de Hollywood: aprendiendo a morir de cáncer”. En ellas, evaluo de qué forma el discurso cinematográfico actúa como una pedagogía cultural que produce sujetos que ven el cuerpo enfermo de determinado modo, que enseña a cuidar de ese cuerpo y a morir de cáncer, dándonos señales acerca de cómo aprendemos a relacionarnos con la enfermedad a partir de los artefactos de los medios. Así, mi propuesta es suscitar reflexiones que puedan contribuir, de alguna manera, para la asistencia y la enseñanza en Enfermería.

Palabras-clave: Enfermería. Educación. Cultura. Neoplasias. Enfermo Terminal. Cine como Asunto.

Título: Cáncer, Cuerpo y Cine: lecciones de Hollywood acerca de quedarse enfermo y morir

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A “bela” morte.....	52
Figura 2 - Espelho.	55
Figura 3 - Olheiras.....	56
Figura 4 - O personagem negro.	57
Figura 5 - O tumor de Andy.	58
Figura 6 - Os tumores de Anita.	59
Figura 7 – Embalagens de cigarro.	60
Figura 8 – Sangue.....	62
Figura 9 – Desmaio.	63
Figura 10 – Sofrimento.....	64
Figura 11 – Sem forças.....	65
Figura 12 – Dor de Bob.	67
Figura 13 – Dor de Kate.	68
Figura 14 – Dor de Vivian.....	68
Figura 15 – Marcas da quimioterapia.....	70
Figura 16 – Vômito.	70
Figura 17 – Corpo “murcho”.....	71
Figura 18 – Victor esconde a alopecia.....	72
Figura 19 – Kate esconde a alopecia.	73
Figura 20 – Alopecia.	74
Figura 21 – Brian no hospital.	76
Figura 22 – Jamie no hospital.....	76
Figura 23 – Vivian no hospital.	77
Figura 24 – Valentine.	79
Figura 25 – Emma no hospital.....	79
Figura 26 – Carter e Edward no hospital.....	80
Figura 27 – O cenário do hospital.	81
Figura 28 – Corpo manipulado.....	82
Figura 29 – Quimioterapia.....	85
Figura 30 – Curandeiro.....	87
Figura 31 – Exame.....	89

Figura 32– Conexão corpo-máquina.	90
Figura 33 – Suportes de medicamentos.	91
Figura 34 – Controle.	92
Figura 35 – Morfina.	93
Figura 36 – Armário de medicamentos.	94
Figura 37 – Carinho de enfermeira.	95
Figura 38 – Gelo.	97
Figura 39 – Fora do hospital.	98
Figura 40 – Internação domiciliar.	99
Figura 41 – Vida x Morte.	100
Figura 42 – Cama hospitalar.	101
Figura 43 – Despesas.	102
Figura 44 – Abraço final.	103
Figura 45 – Fraqueza.	104
Figura 46 – Kate na cadeira de rodas.	105
Figura 47 – Vivian na cadeira de rodas.	105
Figura 48 – Morte de Vivian.	107
Figura 49 – Vídeo de Bob.	108
Figura 50 – Relógio.	110
Figura 51 – Caixa d’água.	111
Figura 52 – Morte de Kate.	112
Figura 53 – Corpo morto manipulado.	113
Figura 54 – Cinzas.	115

TAKES^b

1 LUZ, CÂMERA, AÇÃO!	14
2 A PANORÂMICA: UM OLHAR HISTÓRICO SOBRE VILÕES E MOCINHOS ...	24
3 A MONTAGEM: PRODUZINDO UM CAMINHO INVESTIGATIVO	37
3.1 Esboçando um cenário: corpos em meio à cultura e ao pós-estruturalismo	38
3.2 Delineando a atuação: modos de manusear os objetos de análise	41
3.3 Utilizando ferramentas: alguns pilares teóricos de análise	46
4 CENAS (DES)FOCADAS: AS LIÇÕES DE HOLLYWOOD SOBRE ADOECER E MORRER DE CÂNCER	51
4.1 Primeira lição de Hollywood: aprendendo a ser doente	54
4.2 Segunda lição de Hollywood: aprendendo a cuidar do corpo doente	75
4.3 Terceira lição de Hollywood: aprendendo a morrer de câncer	106
5 THE END (?)	117
CRÉDITOS	120
ANEXOS – Roteiros do <i>corpus</i> fílmico	127
ANEXO A – <i>Love Story: Uma História de Amor</i>	128
ANEXO B – <i>Glória e Derrota</i>	129
ANEXO C – <i>Laços de Ternura</i>	130
ANEXO D – <i>Tudo por Amor</i>	131
ANEXO E – <i>Minha Vida</i>	132
ANEXO F – <i>Lado a Lado</i>	133
ANEXO G – <i>Um Amor Verdadeiro</i>	134
ANEXO H – <i>O Mundo de Andy</i>	135

^b Em linguagem cinematográfica, *take* significa tomada de uma cena, ou seja, começa no momento em que se liga a câmera até o momento em que ela é desligada. É como se fosse o parágrafo de uma cena. Neste caso, cada capítulo corresponde a uma tomada, um *take*, e referem-se às partes do desenrolar investigativo deste estudo.

ANEXO I – <i>Uma Lição de Vida</i>	136
ANEXO J – <i>Doce Novembro</i>	137
ANEXO L – <i>Tempo de Recomeçar</i>	138
ANEXO M – <i>Um Amor para Recordar</i>	139
ANEXO N – <i>O Amor pode dar Certo</i>	140
ANEXO O – <i>Duas Semanas</i>	141
ANEXO P – <i>Antes de Partir</i>	142

1 LUZ, CÂMERA, AÇÃO!

Como começar pelo início, se as coisas acontecem antes de acontecer?^(1:11)^c

Lidar com pacientes^d com câncer nunca foi tarefa fácil para mim. Durante a graduação, vivi algumas experiências que me amedrontaram de alguma forma, pois em nossa cultura, essa doença está intrinsecamente ligada à morte. A dificuldade em lidar com doentes com câncer em estágio avançado, bem como com suas famílias, a tristeza ao acompanhar a morte de uma criança durante um transplante de medula óssea, o choque ao me deparar com cânceres deformantes do corpo e a desistência de um estágio curricular em unidade de internação de pacientes com câncer, devido à angústia causada em mim, foram algumas dessas experiências e sensações que vivi. Entretanto, alguns caminhos trilhados convergiram para que eu “enfrentasse” essas dificuldades.

Ainda durante a graduação, como bolsista de iniciação científica, participei de uma pesquisa cujo objetivo foi conhecer as experiências de familiares que cuidavam de pessoas hospitalizadas sem possibilidades terapêuticas de cura, em sua maioria pacientes com câncer. Essa pesquisa permitiu que eu entrasse em contato com esse tipo de paciente e suas famílias, ouvindo suas angústias, medos e modos de encarar a doença. Em seguida, vivenciei a criação de uma unidade no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, denominada Núcleo de Cuidados Paliativos^e, cujo objetivo é prestar assistência paliativa aos doentes com câncer fora de possibilidades terapêuticas de cura. Para isso, participei dos encontros do Grupo de Estudos do Cuidado Paliativo, onde discutíamos as formas de cuidar do paciente com doença em estágio avançado, bem como o papel da enfermeira^f nesse cuidado. Esses encontros aconteceram durante alguns meses e, finalmente, o Núcleo foi criado em 2007.

A partir dessas experiências, fui refletindo sobre como o doente fora de possibilidades terapêuticas de cura passou a ser olhado, sentido, (re)significado: de “nada se pode fazer” para

^c Para preservar a clareza do relatório de pesquisa e facilitar aos leitores o acesso aos documentos que embasaram a escrita dessa Dissertação, foram incluídos os números das páginas de onde foram extraídos os excertos das citações diretas.

^d Utilizo as expressões “paciente” e “doente” para me referir à pessoa com câncer.

^e Cuidados Paliativos aparecem grafados com as iniciais em letra maiúscula, ao longo do trabalho, por se tratarem de uma disciplina, de um corpo de conhecimentos. No capítulo seguinte, apresento o que se entende por Cuidados Paliativos.

^f Utilizo o gênero feminino para me referir às profissionais de enfermagem, uma vez que, embora a presença masculina venha aumentando na profissão nesses últimos anos, as mulheres ainda estão em maior número.

“muito pode ser feito”^(2:21). Num primeiro momento, a equipe de saúde, a família e os amigos simplesmente esperavam a morte do doente. Com essa “nova” filosofia de cuidado, a morte (ou a proximidade dela) passou a outro tipo de valorização: os pacientes e suas famílias passaram a ser vistos e assistidos de outro modo. Acompanhando o trabalho das enfermeiras que ali trabalhavam, fui percebendo, no processo de “captação” dos pacientes para internação, que existe um reconhecimento, uma concepção da imagem do doente com câncer avançado por parte dessas profissionais. Ou seja, muitas vezes não era necessário localizar essa condição do paciente nos prontuários: o câncer era identificado no corpo. Aprendemos a classificar os doentes conforme suas manifestações corporais. Mas de que forma esse “aprendizado” se dá? Acredito que as lições sobre a imagem do corpo doente não provêm somente da nossa formação profissional-acadêmica. Penso que a construção dessa imagem é produzida por nossas experiências pessoais, familiares e sociais (se é que é possível separar essas esferas da vida), e também pela cultura na qual estamos inseridos. Quero dizer que olho para o corpo como uma produção cultural e não como algo dado pela natureza, inerente ao ser humano⁽³⁾. Esse modo de pensar a construção do corpo me aproximou dos Estudos Culturais, especialmente na vertente de inspiração pós-estruturalista, a qual coloca sob suspeita as “verdades” que circulam na Modernidade⁽³⁾, propondo um modo de olhá-las como construções culturais. É importante mencionar que a palavra “verdade” é tomada aqui no sentido utilizado pelo filósofo Michel Foucault, ou seja, o que se diz ser verdade pertence a um regime composto por discursos que funcionam como verdadeiros numa determinada cultura, o que permite uma distinção entre o que é verdadeiro e o que é falso⁽⁴⁾.

Os Estudos Culturais constituem um campo interdisciplinar que abrange uma concepção ampla de cultura. Tais estudos rejeitam a noção de cultura como sinônimo de “alta” cultura e “argumentam que todas as formas de produção cultural precisam ser estudadas em relação a outras práticas culturais e às estruturas sociais e históricas”^(5:13), ou seja, esses estudos estão comprometidos com as diversas práticas comunicativas de uma sociedade, como as artes, as instituições, as crenças. Esse campo é caracterizado principalmente por tomar a cultura como formas de vida (comportamentos, linguagens, ideias) e como práticas culturais (formas, textos, imagens) as quais se caracterizam como condição constitutiva da vida social⁽⁵⁾. Isto não quer dizer que tudo é cultura, mas que ela é uma das condições constitutivas das práticas sociais, ou seja, nosso modo de pensar e de agir tem uma dimensão provinda da cultura⁽⁶⁾. Ela apresenta, atualmente, maior importância e peso explicativo nos processos sociais, pois observamos que os meios de produção, de circulação e de troca cultural vêm se expandindo, especialmente através do desenvolvimento das mídias (facilidade

de acesso à televisão, Internet, cinema, meios de comunicação, entre outras). É importante ressaltar o caráter pedagógico desses artefatos culturais-midiáticos. Nos Estudos Culturais, a educação se dá em diferentes espaços do mundo contemporâneo, ampliando-a para além dos muros da escola, e considerando-a como campo de disciplinamento e de subjetivação. Como artefato da cultura, a mídia é considerada, nos Estudos Culturais, como uma “pedagogia cultural”. Podemos pensar, então, que somos educados pelas imagens e dizeres da televisão, do cinema, dos jornais, das revistas, entre outras mídias. Tal pedagogia refere-se à dimensão formativa dos artefatos de comunicação na vida contemporânea, com efeitos nos modos de vida⁽⁷⁾. Quero dizer que a mídia, no âmbito educativo, atua como um processo que incute normas, padrões e valores, moldando e regulando nossa conduta e nossas ações. Portanto, a mídia educa, disciplina e regula os corpos como qualquer outra instância educativa, tendo forte participação em nossas vidas, já que é uma das tecnologias de circulação de dizibilidades e visibilidades vigentes na nossa cultura constituindo modos de viver, adoecer e morrer⁽⁶⁾.

Pensando nas imagens e nas coisas ditas sobre o doente com câncer que circulam na mídia e na função pedagógica e subjetivadora que essas visibilidades e dizibilidades exercem sobre nós, resolvi buscar lições sobre adoecer e morrer nos filmes hollywoodianos. Nessa busca, me propus a realizar um trabalho de certa forma interdisciplinar, que descrevesse relações entre Enfermagem, Comunicação e Pedagogia[§], procurando olhar para a construção do corpo doente através desse artefato cultural-midiático que é o cinema. A relação entre corpo e cinema pode ser descrita da seguinte maneira, conforme De Baecque, quando define o que é cinema: “registrar, com o auxílio de uma câmera, corpos que se relacionam em um espaço, eis a definição dessa organização formal chamada cinema”^(8:481). A partir disso, é possível pensar na construção do corpo com câncer tal como ele é apresentado na tela do cinema ou da televisão. Indagando-me sobre o modo pelo qual a sociedade contemporânea olha para o corpo doente com câncer, a partir do discurso midiático, meu objetivo é conhecer de que maneira o corpo do doente com câncer é apresentado pelos filmes produzidos em Hollywood. Para tanto, alguns questionamentos se fizeram necessários para subsidiar os caminhos trilhados durante a pesquisa: que discursos sobre o corpo do doente com câncer o cinema hollywoodiano faz circular? Onde está esse paciente e por quem está cercado? Quais os regimes de verdade que dão sustentação aos enunciados sobre o corpo doente? Que cuidados são produzidos na relação com esse corpo? De que forma o corpo doente aparece na morte e no processo de morrer? Acredito que analisar a forma como o cinema hollywoodiano

[§] Utilizo a inicial maiúscula quando me refiro à Enfermagem, à Medicina, à Comunicação e à Pedagogia como campos de estudos e a inicial minúscula quando o termo está relacionado à prática social.

apresenta o corpo com câncer é também analisar “as práticas pelas quais os indivíduos [são] levados a prestar atenção a eles próprios, a se decifrar, a se reconhecer e se confessar como sujeitos de desejo, estabelecendo de si para consigo uma certa relação que lhes permite descobrir, no desejo, a verdade do seu ser, seja ele natural ou decaído”^(9:11).

Vivemos numa cultura predominantemente visual em que se valoriza a vida e a expressividade do corpo. Numa sociedade que tem fascínio pela comunicação, o corpo é coagido a emitir informação⁽¹⁰⁾. Dessa forma, o corpo serve de fundamento para nossas identidades. Seguindo as noções que fundamentam os Estudos Culturais, penso que uma sofisticada maquinaria^h midiático-pedagógica (revistas, jornais, programas de televisão, cinema) amplia e complexifica a educação dos corpos. Esses artefatos culturais capturam e reproduzem sentidos e significados que circulam na cultura, “produzindo sujeitos e identidades sociais em intrincadas redes de poder”^(12:34). Dessa forma, podemos dizer que o corpo aprende, constrói conhecimentos nas relações com a mídia e pode materializar-se por meio dela, produzindo aquilo que somos ou devemos ser⁽¹³⁾. Nesse entendimento, o corpo é referido como construto social e cultural, sendo alvo dos diferentes e múltiplos discursos, no caso deste estudo, os discursos veiculados pelo cinema. Através desses discursos, as “marcas/símbolos culturais são inscritos nos corpos e funcionam como um modo de agrupar, ordenar, qualificar, diferenciar, etc. quem pertence ou não a certas classificações de corpo”^(13:110). O corpo é, pois, produto e efeito de relações de saber-poder⁽¹²⁾. Com esse raciocínio, penso que, ao assistirmos filmes que mostram doentes com câncer, somos subjetivados pelos discursos veiculados por essa mídia, que fabricam uma identidade doente, um modo de ver/ser esse doente acometido pelo câncer, criando certos sentidos relacionados a essa condição. É impossível encarar a condição doente, do outro, e não modificar-se, não transformar-se, pois numa cultura, existe correlação “entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade”^(9:10). Assim, através da produção do corpo doente no cinema, e através da função pedagógica que ele exerce, somos subjetivados a reconhecer esse corpo através das dizibilidades e visibilidades veiculadas por esse artefato cultural-midiático.

Escolhi buscar especificamente o corpo do doente com câncer, porque acredito haver um estigma em torno dessa enfermidade. É uma doença associada à morte, à dor, ao sofrimento do doente e de sua família. Inevitavelmente, o câncer é visto como “condenação” à

^h Maquinaria, para Varela e Alvarez-Uría⁽¹¹⁾, pode ser entendida como uma complexa engrenagem formada por um conjunto de máquinas que fabricam sujeitos. Podemos compreender tal conjunto como práticas discursivas que, ao se articularem, criam verdades sobre os sujeitos.

morte, mesmo sendo, em muitos casos, curável. Susan Sontag, ao apresentar as metáforas do câncer, diz que a doença é vista “como algo que destrói a vitalidade, transforma comer em provação, amortece o desejo”^(14:18). A autora refere-se ao câncer como degeneração, como doença em que os tecidos do corpo tornam-se duros, em que o paciente “murcha” ou “encolhe”^(14:19). Metaforicamente, diz que o câncer “se espalha”^(14:20), e que sua consequência mais temida é a mutilação do corpo. Afirma, também, que o doente com câncer avançado é retratado como “destituído de toda a capacidade de autotranscendência, humilhado pelo medo e pela dor física”^(14:21). O morrer de câncer é visto, consequentemente, como espetáculo deplorável.

O cinema produz dizibilidades e visibilidades acerca do corpo com câncer e, enquanto mídia, arte e indústria, constitui-se num poderoso artefato cultural que, por meio dos diálogos e imagens presentes em nosso cotidiano, interpelam a civilização contemporânea⁽¹⁵⁾. Optei por analisar falas e, especialmente, imagens de filmes, porque na indústria cinematográfica norte-americana, especialmente em Hollywood, são produzidos o maior contingente de filmes de todos os tempos, que, projetados em telas, atingem uma grande parcela da população mundial. Grandes estúdios fazem parte dessa indústria e há um forte investimento na distribuição dos filmes que têm em seus elencos atores e atrizes conhecidos. Esses filmes podem ser tomados como universais, pois além de produzir sentidos, suas histórias criam certas “realidades” e instituem “verdades”⁽¹⁶⁾. As imagens e diálogos se configuram como criação e produção de um ponto de vista específico de sujeitos, e não como simples representações do “real”⁽¹⁷⁾. É assim que Hollywood constitui-se num poderoso artefato cultural que fabrica sujeitos. Acredito que as gigantescas indústrias transnacionais das comunicações, como as empresas cinematográficas hollywoodianas (Fox, DreamWorks, Miramax, entre outras), tendem a “favorecer a transmissão para o mundo de um conjunto de produtos culturais estandartizados, utilizando tecnologias ocidentais padronizadas, apagando as particularidades e diferenças locais e produzindo, em seu lugar, uma ‘cultura mundial’ homogeneizada, ocidentalizada”^(6:18). É importante destacar que, embora tenha analisado as dizibilidades que circulam nos filmes, meu foco esteve voltado principalmente para as imagens do doente com câncer, produzidas por Hollywood. Sobre o “peso” das imagens na construção de sujeitos, tomo as palavras de Bauman, ao dizer que

[...] tendemos a acreditar muito mais no que *vemos* do que no que *ouvimos*. Pense na diferença entre “testemunha ocular” e um “mero ouvir falar” (você alguma vez ouviu falar em “testemunha auricular” ou um mero “ver falar”?). As imagens são muito mais “reais” do que palavras impressas ou faladas. As histórias que contam ocultam quem as conta [...]. Diferentemente dos intermediários humanos, as

câmeras “não mentem”, “dizem a verdade” (ou pelo menos é o que fomos treinados a acreditar). [...] Quando confrontados com uma imagem fotograficamente/eletronicamente obtida, nada parece erguer-se entre nós e a realidade; nada que possa capturar ou distrair nosso olhar. “Ver para crer” significa “eu vou crer quando vir”, mas também “no que eu vir acreditarei”^(18:29-30).

Os filmes hollywoodianos podem ser tomados como textos culturaisⁱ que ensinam coisas, nos ajudam a olhar e a conhecer a sociedade em que vivemos e produzem significados sociais. Para Fabris⁽¹⁹⁾, passamos a vê-los como sistemas de significação: os filmes não apenas divertem, mas também ensinam modos de vida. Eles “regulam” nossas condutas, ações e práticas sociais e o modo como agimos na vida social⁽⁶⁾.

Deste modo, ao escolher filmes hollywoodianos, estou considerando esse centro cinematográfico mundial como um espaço cultural que possui o poder de criar narrativas com sentido de universalidade, escrevendo roteiros e prescrevendo identidades que naturalizam e universalizam uma estética e uma linguagem comprometidas a ensinar o “modo de vida norte-americano”, tão copiado em escala mundial. Entendo que Hollywood exerce uma pedagogia carregada de sentidos, agindo como regulador e colonizador cultural. Essa função adquire uma dimensão tanto econômica quanto cultural, já que seu produto é distribuído mundialmente e define padrões de identidade “verdadeiros”⁽¹⁵⁾. Assim, Hollywood exhibe histórias que mostram como é ser doente com câncer, como é o corpo desse doente, como ele deve ser cuidado, entre outras lições. Dessa forma, proponho tomar os filmes hollywoodianos sob uma ótica cultural, analisando-os como produtores de significados, imersos em redes de poder e verdade, em discursos circulantes, por meio dos quais se legitimam determinadas apresentações de corpo doente⁽⁷⁾.

A produção de pesquisas envolvendo a análise cinematográfica, na Enfermagem, é incipiente. Cito alguns trabalhos encontrados no *site* da Biblioteca Virtual em Saúde^j, através de busca realizada com os descritores “Enfermagem e cinema”, “Enfermagem e filme” e “enfermeira e Hollywood”. Kruse e Rambor⁽²⁰⁾ abordam a produção de sentidos sobre a enfermeira nos filmes Hollywoodianos. Iguma, Oliveira e Oliveira⁽²¹⁾ refletem sobre a utilização de filmes como forma de análise crítica sobre o processo de viver o envelhecimento. Erdtmann, Nitschke e Ribeiro⁽²²⁾ realizaram análise de filme para caracterizar a família contemporânea, apontando implicações para a enfermagem. Damasceno, Lopes e Loureiro⁽²³⁾ realizaram análise fenomenológica do tema “morte” em um

ⁱ De acordo com Costa, Silveira e Sommer, a palavra “textos” faz referência “a todas as produções culturais que carregam e produzem significados”^(7:38). Um filme pode ser considerado texto cultural. Deste modo, considero como textos cinematográficos as dizibilidades e visibilidades que o cinema produz.

^j Ver em <http://www.bireme.br>.

filme, tendo por objetivo compreender os comportamentos manifestados pelos personagens diante da opção de um paciente pela morte. Outro estudo fenomenológico realizado pelas autoras Damasceno, Lopes, Loureiro e Souza⁽²⁴⁾ foi uma análise de situação vivencial dramatizada em um filme, tecendo considerações acerca da prática assistencial de enfermagem. Estudo realizado por Gonzaga, Penna e Verdi⁽²⁵⁾ trata das relações de poder presentes no cotidiano de uma enfermeira, discutidas através de um filme.

Sobre a escassez de pesquisas utilizando filmes como *corpus* de análise, na área da Educação, Duarte aponta que

O reconhecimento da importância social do cinema ainda não se refletiu, de forma significativa, nas pesquisas que desenvolvemos na área de educação. A discreta publicação de artigos sobre o tema em nossos periódicos sugere que os pesquisadores dessa área ainda dão pouca atenção aos filmes como objeto de estudo. Mas a riqueza e a polissemia da linguagem cinematográfica conquista cada vez mais pesquisadores que, reconhecendo os filmes como fonte de investigação de problemas de grande interesse para o meio educacional, passaram a considerar o cinema como campo de estudos^(26:97).

Penso que o mesmo ocorre na área da Enfermagem. Ao estar inserida na linha de pesquisa “Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde”, especialmente no eixo temático “Artefatos culturais relacionados com a saúde, educação e enfermagem”, considero o aprendizado como um processo histórico e cultural. A educação em saúde (e aqui estou me referindo não somente à formação acadêmica de enfermeiras, mas também à educação que “recebemos” das práticas culturais nas quais estamos inseridos), como parte de um processo de educação ampliada, pode ser entendida como uma instância de construção e veiculação de conhecimentos e modos de viver o processo saúde-doença, bem como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais⁽²⁷⁾. Apoiando essa ideia, Gastaldo⁽²⁸⁾ diz que a educação em saúde constrói identidade, é uma experiência educacional que nos proporciona elementos para que desenvolvamos representações sobre o que se espera de pessoas “saudáveis” e “doentes”. Ou seja, podemos pensar que o “corpo e o processo saúde-doença em que ele é inscrito é, ao mesmo tempo, uma construção linguística e cultural”^(27:1338).

Pode parecer que a imagem do corpo do doente com câncer é óbvia, tanto para nós, enfermeiras, que visualizamos esse corpo com certa frequência em nossa prática acadêmica-profissional, quanto para a sociedade em geral, que é bombardeada diariamente pelas dizibilidades e visibilidades veiculadas pela mídia. Isso ocorre recorrentemente nas telas do cinema ou da televisão, onde personagens (reais ou fictícios) com câncer são apresentados ao público. Entretanto, através do referencial teórico em que me baseio, penso que esse corpo

pode ser pensado como uma construção cultural que, ao longo do tempo, se naturalizou. Quero dizer que, sim, o câncer efetivamente causa certos sintomas e certas características no corpo. Porém, acredito que os artefatos midiático-culturais, em especial as produções cinematográficas, veiculam um modo de caracterizar o corpo doente, através da “escolha” de aspectos desse corpo que serão exibidos ou não. A imagem do corpo doente, fabricada por esse artefato, se torna uma verdade, ou seja, admitimos que esse corpo “é” deste ou daquele jeito.

O autor Stuart Hall nos pergunta: “Contra a urgência de pessoas morrendo [...], qual é, por amor de Deus, a importância dos Estudos Culturais?”^(5:18). Seguindo essa linha de raciocínio, eu me pergunto: qual a importância desta pesquisa, para a Enfermagem? Esse questionamento me “atortentou” por diversas vezes, durante o Mestrado. Recebemos uma formação pautada em metas, ações e resultados. Aprendemos a ter um olhar “prático” sobre as coisas. O próprio Processo de Enfermagem é esquematizado dessa forma. Entretanto, este estudo, diferentemente do olhar que visa resultados “práticos”, não tem a pretensão de fomentar a prática de enfermagem, instituindo um “guia” sobre sinais e sintomas do câncer ou um roteiro referente às “melhores” formas de cuidar do paciente com câncer. O que pretendo, ao estudar o modo pelo qual o cinema constrói o corpo doente, é provocar, de alguma maneira, reflexão quanto ao nosso olhar sobre esses corpos. Ou seja, acredito que, antes mesmo de nos tornarmos enfermeiras, já fomos (e continuamos sendo) constituídas pelos discursos midiáticos, já havíamos aprendido (e continuamos aprendendo) a olhar para o corpo doente de determinada maneira. Além disso, lidamos com pacientes com câncer que também carregam esse aprendizado sobre o corpo doente. A “verdade” sobre esse corpo, veiculada pela mídia, tem implicações na relação que fazemos entre corpo doente “normal”, que estaria submetido aos “padrões” hollywoodianos, e corpo doente “anormal”, que seria a imagem excluída das narrativas cinematográficas. O corpo que vemos e que não se configura naquilo que Hollywood veicula como corpo “canceroso” seria classificado como corpo “anormal”.

Os Estudos Culturais acreditam que a prática, os resultados importam⁽⁵⁾. Espero, sim, que este trabalho possa fazer uma diferença nas vivências, tanto profissionais quanto pessoais das enfermeiras e de quem o ler. Os Estudos Culturais se preocupam, e é aí que penso que se encontra a implicação deste trabalho para a Enfermagem, com o cotidiano dos indivíduos e com as “formas pelas quais as práticas culturais falam a suas vidas e de suas vidas”^(5:27). Assim, espero que esta pesquisa provoque, nos leitores, reflexões, e que também proporcione novas lentes, novos olhares sobre os corpos doentes...

Para conferir uma aproximação entre os leitores e os artefatos midiático-culturais, esta Dissertação foi organizada em partes, cujos títulos adotados referem-se aos termos utilizados em linguagem cinematográfica. Assim, o capítulo intitulado **A Panorâmica: um olhar histórico sobre vilões e mocinhos** recebe esse nome por atuar como a câmera panorâmica, que em linguagem cinematográfica, se move de maneira que permite produzir uma visão geral do ambiente onde ocorre a cena⁽²⁹⁾. Da mesma maneira, esse tópico tem o objetivo de “sondar” o terreno onde esta Dissertação se dá e, para isso, descrevo os discursos que circulam sobre o que entendemos por câncer, por cuidados curativos e paliativos direcionados aos pacientes com câncer, e por morte. Desta forma, esse capítulo proporciona um entrosamento dos leitores com essas temáticas, de modo que facilita a posterior compreensão da análise das imagens e dizeres que circulam nos filmes. A montagem, no cinema, se refere à organização dos planos de um filme, obedecendo a certas condições de ordem e de duração⁽³⁰⁾. Por isso, nomeio de **A Montagem: produzindo um caminho investigativo** o capítulo em que discorro sobre a metodologia utilizada para a realização do estudo. Penso que esse capítulo se aproxima da etapa da “montagem” no cinema, já que também reporta à organização das etapas de análise, e, assim como a montagem cinematográfica, também ocorre sob condições de ordem e duração. É nesse momento que apresento o referencial teórico e as ferramentas que serviram de base para esta pesquisa, bem como o caminho metodológico que conduziu a realização deste estudo. No capítulo **Cenas (des)focadas: as lições de Hollywood sobre adoecer e morrer de câncer**, apresento as análises realizadas a partir das imagens e falas sobre corpos doentes, produzidas pelo cinema hollywoodiano, e que pertencem ao *corpus* fílmico. “Cenas” são sequências dramáticas que podem ser filmadas sob vários ângulos. “Desfocar” significa que a câmera muda o foco de um objeto para outro⁽²⁹⁾. Chamo de “Cenas (des)focadas” a etapa de análise do material fílmico, pois a entendo como um momento em que utilizo certas ênfases e ângulos do referencial teórico para olhar esse *corpus*, ora focando, ora desfocando sentidos presentes nesse material. Nesse momento, as discussões se dividem em três tópicos, os quais chamo de lições de Hollywood: “Aprendendo a ser doente”, “Aprendendo a cuidar do corpo doente” e “Aprendendo a morrer de câncer”. Em **The End (?)**, expressão usualmente utilizada no final de filmes, faço uma reflexão em torno das ideias geradas a partir de minhas análises. Como acredito que as pesquisas que fazemos não têm a pretensão de pôr um “ponto final” nas discussões em torno das temáticas trabalhadas, nesse momento também exponho alguns apontamentos que foram se renovando ao longo da pesquisa. Os **Créditos** aludem à relação de pessoas que contribuíram para a realização de um produto audiovisual, funcionando como forma de reconhecimento à

contribuição dessas pessoas ao filme⁽²⁹⁾. Sendo assim, é nesse espaço em que apresento os autores e autoras que, com suas ideias, colaboraram para a construção do meu pensamento, proporcionando a concretização deste estudo. Finalmente, anexo à Dissertação, em **Roteiros do corpus fílmico**, cujo sentido está relacionado à descrição de um filme e de suas indicações técnicas⁽²⁹⁾, apresento a filmografia utilizada para a análise, contendo informações como ficha técnica, principais atores e atrizes e um breve resumo da narrativa fílmica. É nesse local em que os leitores poderão se aproximar do *corpus* de análise.

Esse modo de organizar a Dissertação foi uma tentativa de torná-la melhor compreensível e interessante aos leitores que estão dispostos a lê-la. Vamos então a ela.

Luz, câmera, ação!

2 A PANORÂMICA: UM OLHAR HISTÓRICO SOBRE VILÕES E MOCINHOS

Será essa história o meu coágulo? Que sei eu. Se há veracidade nela – e é claro que a história é verdadeira embora inventada – que cada um a reconheça em si mesmo [...] ^(1:12).

Para situar os leitores acerca dos discursos que circulam a respeito do que entendemos por câncer, por cuidados curativos e paliativos direcionados aos pacientes acometidos por essa doença, e também por morte, acho pertinente fazer um breve comentário a respeito do conceito de discurso, tratado pelo filósofo Michel Foucault, para que não olhemos para as histórias que se seguem simplesmente como “verdades” absolutas, mas como construções históricas tomadas, por nós, como verdades. Para tanto, é interessante entender o caráter atributivo conferido à linguagem, sob o ponto de vista do referencial teórico pós-estruturalista, especialmente na vertente foucaultiana. Ou seja, “em vez de ver a linguagem como um instrumento que liga o nosso pensamento à coisa pensada [...], Foucault assume a linguagem como constitutiva do nosso pensamento e, em consequência, do sentido que damos às coisas, à nossa experiência ao mundo”^(31:89). Com esse entendimento, podemos pensar que os discursos não compreendem uma forma de representar o mundo, mas “moldam nossas maneiras de constituir o mundo, de compreendê-lo e de falar sobre ele”^(31:93), atribuindo sentidos transitórios às coisas, naturalizando conceitos⁽³²⁾. Entendo que os saberes são produzidos de acordo com regimes de verdade que obedecem a racionalidades históricas e a interesses datados, constituindo nossos entendimentos acerca das nossas práticas cotidianas⁽³³⁾. Logo, são discursos que produzem, historicamente, efeitos de verdade⁽⁴⁾. Deste modo, os discursos, sejam eles relacionados ao câncer, aos cuidados com os doentes ou à morte, revelam um “arquivo”, que quer dizer, num paradigma foucaultiano, um conjunto de práticas discursivas que podem ou não serem possíveis dentro de um momento histórico e numa dada cultura. Isso só é possível, porque somos regidos por epistemes, ou seja, há, em cada cultura e em cada período histórico, regras que funcionam como condições de possibilidade para a existência de certos discursos, que aparecem como regimes de verdade de um determinado tempo e espaço. De uma maneira geral, “pode-se dizer que os regimes de discursos são as manifestações apreensíveis, visíveis, da episteme de uma determinada época”^(31:96). Grosso modo, podemos dizer que o discurso é composto por unidades chamadas de enunciados, os quais formam práticas discursivas, traduzindo uma episteme, ou os saberes

que pertencem a uma época⁽³⁴⁾. Assim, olho para a construção desses saberes sobre câncer, cuidados com o corpo doente e morte “como produto[s] de discursos cuja logicidade é construída”^(31:92). A lógica, nesse caso, é regida pelos papéis que os objetos discursivos cumprem na nossa cultura: os vilões (o câncer e a morte), que devem ser combatidos pelos mocinhos (os cuidados curativos e paliativos).

* * *

No discurso científico, câncer é o nome dado a um grupo de mais de 100 doenças que se caracterizam por um crescimento desordenado de células que invadem órgãos e tecidos do corpo, podendo causar metástases, ou seja, invasão dessas células em outras regiões do corpo. Essas células podem dividir-se rapidamente, sendo agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, ou podem multiplicar-se vagarosamente e serem localizadas, formando tumores benignos, que se caracterizam por não constituir risco de vida. Diz-se que as causas da doença estão ligadas a fatores virais, fatores químicos, fatores físicos e hereditariedade⁽³⁵⁾. Tais discursos afirmam que, atualmente, o câncer representa a segunda causa de morte por doença no Brasil, e é responsável por cerca de 13% das causas de óbito no mundo, ou seja, mais de 7 milhões de pessoas morrem da doença todos os anos⁽³⁶⁾. Isso se deve principalmente à maior exposição dos indivíduos a fatores de risco ditos cancerígenos. Conferindo um efeito de verdade a esses discursos através de dados epidemiológicos, a literatura científica classifica o câncer, atualmente, como problema de saúde pública⁽³⁶⁾, ou seja, problema que põe em risco a vida da população. Isso confere ao câncer um *status* de doença intimamente ligada à morte.

A conexão câncer-morte também pode ser percebida através do discurso “popular”, o classificado como “não-científico”. Susan Sontag, ao investigar as metáforas que envolvem o câncer, afirma que a doença é considerada intratável, cruel, incompreensível, implacável, que age devagar, de forma traiçoeira, isso “numa época em que a premissa central da medicina é que todas as doenças podem ser curadas”^(14:12). A própria doença, nesses discursos, é vista como invasora, “cruel e secreta”^(14:12). Tanto que a autora traz uma antiga definição de câncer, do *Oxford English Dictionary*, que o classifica como aquilo “que irrita, corrói, corrompe ou consome, lentamente e em segredo”^(14:16). Trata-se, pois, no discurso “popular”, de um processo que consome o corpo, o degenera. “O câncer é uma gravidez demoníaca”, diz Sontag^(14:19). Nesse discurso, câncer equivale à dor e principalmente à morte. Mesmo com os

avanços tecnológicos, a ligação com a morte persiste, como coloca Groddeck^k, citado por Sontag⁽¹⁴⁾: “Entre todas as teorias apresentadas a respeito do câncer [...], só uma sobreviveu à passagem do tempo, a saber, que o câncer percorre determinados estágios no rumo da morte. Com isso, [...] aquilo que não for fatal não será câncer”^(14:23). Essa forte ligação existente entre a doença e a morte traduz no modo de olhar o câncer como doença temida. Mesmo que nem sempre o câncer degenera o corpo, cause dor ou provoque a morte, esse modo de caracterizar a doença persiste no discurso “popular”.

Outro modo pelo qual nossa cultura metaforiza o câncer diz respeito a suas causas. Sontag⁽¹⁴⁾ conta que muitas pessoas acreditam que a doença é causada por sentimentos reprimidos, tais como paixão, desejo e raiva, o que acometeria indivíduos inibidos, sem espontaneidade. O discurso da causa do câncer estaria ligado, dessa forma, à punição. Logo, a pergunta “por que eu?” acaba sendo feita quando as pessoas descobrem que estão com câncer^(14:38). Por ser considerada uma doença de causas multifatoriais ditas imprecisas, um enigma “não resolvido”, “misterioso”^(14:55), metaforizar o câncer parece ser uma alternativa que serve como forma de controlar a experiência da doença, pondo a culpa no próprio doente. É ele vítima, mas também culpado, pois “a transformação da doença em inimigo leva [...] à atribuição de culpa ao paciente, muito embora ele continue sendo encarado como vítima. A ideia de vítima sugere inocência. E inocência, pela lógica inexorável que rege todos os termos relacionais, sugere culpa”^(14:86).

Para Sontag⁽¹⁴⁾, esse modo de tratar o câncer como invencível, maligno e punitivo leva a uma compreensão de “desmoralização” do doente com câncer, tornando a doença não só letal, mas também vergonhosa. Como exemplo, a autora conta que na França e na Itália, o diagnóstico de câncer é comunicado à família do doente, e não a ele próprio, pelos médicos considerarem que a notícia seria insuportável para os pacientes. Para a autora, ter câncer pode significar escândalo, vergonha, tanto nas questões sociais quanto nas questões profissionais, fazendo com que os doentes escondam a enfermidade.

Conta a lenda¹ que o câncer é conhecido de longa data. Diz-se que, trinta séculos antes de Cristo, egípcios, persas e indianos já se referiam a tumores malignos, mas foi no século IV a.C. que o câncer foi caracterizado pelos estudiosos da escola hipocrática grega como “um tumor duro que, muitas vezes, reaparecia depois de extirpado, ou que se alastrava para diversas partes do corpo levando à morte”^(37:13). Desde essa época, conforme relatos, os

^k Groddeck G. O livro d'Isso (1923). 4ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2008.

¹ Utilizo esta expressão porque entendo que a história não é unívoca, ou seja, penso que ela pode ser contada a partir de múltiplos lugares. A “lenda” faz uma alusão à multiplicidade de narrativas que se propagam na sociedade⁽³⁾.

doentes reagem com medo e desespero frente ao diagnóstico de câncer. Parece que a história da doença acompanha a história do próprio homem, estando o câncer fortemente ligado ao seu modo de vida⁽³⁵⁾. Desse período, até o século XVII, o câncer era visto como um desequilíbrio dos fluidos que compunham o organismo, representando um problema orgânico geral. Apenas no século XVIII é que o câncer passou a ser visto como doença fisicamente localizada, favorecendo a compreensão de formas distintas de câncer e seu caráter corporal. Existem imagens, datadas dessa época, mostrando a aparência deformada que o câncer pode causar, por um tumor de mama ou de pescoço, por exemplo. No século XIX, desenvolveu-se a teoria celular, a qual possibilitou a vinculação do câncer ao processo de divisão das células⁽³⁷⁾.

A história conta que, enquanto o conhecimento sobre a doença avançava, as possibilidades de tratamentos eficazes continuavam inexistentes, e os doentes ficavam internados em instituições, esperando o momento da morte. Somente na segunda metade do século XIX houve avanços na cirurgia oncológica e, à medida que as técnicas cirúrgicas foram se desenvolvendo, e o interesse por esse tipo de cirurgia, por parte dos médicos, foi aumentando, o câncer foi sendo cada vez mais vinculado a esse tipo de procedimento. As grandes transformações no tratamento do câncer viriam mesmo com a vinculação da medicina a outros campos de pesquisa, como a física e a química. Assim, no início do século XX, após o surgimento dos raios-X, desenvolve-se a radioterapia que, na maioria das vezes, era utilizada em combinação com a cirurgia. A partir daí, com as inovações no tratamento oncológico e os conhecimentos acerca do câncer, amplia-se o interesse pela doença, que foi rapidamente globalizado⁽³⁷⁾.

Existem narrativas que sustentam a utilização de drogas quimioterápicas sob a forma de sais metálicos, cobre e chumbo, nas civilizações antigas do Egito e da Grécia. Entretanto, os primeiros registros de efetivo tratamento quimioterápico datam somente do final do século XIX⁽³⁸⁾. Ainda no início do século XX, surgem investigações quanto à terapia quimioterápica e, durante a Primeira Grande Guerra, as pesquisas nesse campo voltaram-se para o gás mostarda, uma substância química altamente tóxica, que fora amplamente utilizada pelas tropas em combate. Somente na década de 40, pesquisadores da Universidade de Yale, nos Estados Unidos, demonstraram que a substância era capaz de causar a remissão de alguns linfomas e até mesmo de provocar o desaparecimento de tumores. Em meados de 1950, ocorreram importantes inovações nas áreas de nutrição e antibioticoterapia, resultando em suporte clínico mais eficaz aos pacientes com câncer. Nessa mesma época, os primeiros antibióticos com atividade antitumoral foram desenvolvidos. A partir daí, o governo norte-americano passou a investir em programas para o desenvolvimento de novas drogas

antineoplásicas, havendo, nas três décadas seguintes, um rápido desenvolvimento da quimioterapia antitumoral⁽³⁸⁾. Vários quimioterápicos passaram a ser desenvolvidos pela indústria farmacêutica e, a partir da década de 50, a quimioterapia passou a ser considerada um dos principais tratamentos contra o câncer⁽³⁷⁾. Desde então, a terapia quimioterápica vem sofrendo avanços no eixo de sua atuação, tendo, assim, um amplo e crescente destaque no tratamento curativo dos pacientes com câncer.

A quimioterapia antineoplásica caracteriza-se pela utilização de agentes químicos capazes de tratar tumores malignos, através da destruição de células cancerígenas, podendo ser empregada com objetivos curativos ou paliativos. São drogas que operam em nível celular, interferindo no processo de crescimento e divisão das células. Tal tratamento é considerado uma das mais importantes formas de combater o câncer. Configura-se em um tratamento sistêmico da patologia, que contrasta com a cirurgia e a radioterapia, que são mais antigas e de atuação localizada. Por essa configuração, as drogas antineoplásicas atacam de forma indiscriminada as células de rápida proliferação, podendo essas ser cancerosas ou normais. Assim, o uso dessa terapêutica acarreta em indesejáveis efeitos colaterais, “conhecidos e extremamente temidos pelos indivíduos que necessitam se submeter ao tratamento”^(38:3).

Para que os leitores possam entender de que modo o tratamento do câncer opera no corpo do doente, é importante mencionar aqui alguns dos efeitos colaterais decorrentes da terapia quimioterápica, visto que essa é uma das principais terapêuticas utilizadas nos pacientes com câncer. Além disso, essa menção se faz necessária para que os leitores possam melhor compreender as análises filmicas. Logicamente, algumas manifestações corporais são dependentes do tipo de agente quimioterápico utilizado. Entretanto, minha ideia é fazer apenas uma explanação dos efeitos do tratamento no corpo do doente, num âmbito geral, e não realizar um detalhamento dos tipos de drogas utilizadas e seus respectivos efeitos colaterais. Assim, alguns dos efeitos da quimioterapia no corpo são: anorexia, perda de peso, fadiga, febre, mielossupressão, tremores, dermatite, alopecia, náuseas, vômitos, fraqueza, dor, mal-estar⁽³⁸⁾... Só para citar alguns, dentro do rol de sintomas relacionados ao tratamento quimioterápico.

Ao longo da história muitos investimentos foram feitos com o objetivo de preservar a vida e combater a morte. Há alguns séculos, grande parte do empenho da sociedade e da ciência tem sido investir em novas técnicas com a pretensão de garantir um maior tempo de sobrevivência na tentativa de driblar a morte. Com os avanços do tratamento contra o câncer e dos conhecimentos acerca da doença, que resultaram num interesse cada vez maior por essa área, houve um aumento na produção e difusão de conhecimentos e tecnologias capazes de

prolongar a (sobre)vida dos doentes. O desenvolvimento de um aporte maior de tecnologias, na área oncológica, que passou a ocorrer mais intensamente a partir da metade do século XX, foi determinante para a medicalização social, transformando os indivíduos em consumidores de cuidados de saúde. Esse desenvolvimento tecnológico produziu determinados jeitos de cuidar, com o objetivo centrado na cura e no controle do câncer, o que passou a ser viável, e a medicina, assim, se deslumbrou com o poder de prolongar e controlar a vida, adiando a tão “temida” morte⁽²⁾.

Para Foucault⁽³⁹⁾, o fenômeno da morte está associado à modificação nas tecnologias de poder que a envolvem. Em épocas mais antigas, existia um poder de soberania que regulamentava a população, pois havia um soberano que exercia o domínio sobre determinado território, nos limites do qual ele poderia “fazer morrer” e “deixar viver”. O foco desse poder não estava no fato de que as pessoas poderiam viver naquele lugar, mas sim, de que, a qualquer momento, elas poderiam morrer, uma vez que o soberano detinha o poder de mandar matá-las, se assim desejasse. Quando a organização social começou a admitir o funcionamento de outras tecnologias de poder, como o poder disciplinar, direcionado para o corpo, para o controle minucioso das ações dos indivíduos, e o biopoder, centrado na vida da população, instauraram-se outras práticas de governo na sociedade. Dessa maneira, houve uma inversão na lógica, objetivando “fazer viver” e “deixar morrer”, ou seja, o centro do poder foi deslocado para a vida, em fazer as pessoas viverem, e não mais no fato de poder matá-las. Esse investimento sobre a vida provocou um apagamento do poder de morte, em detrimento de um poder de vida, pois morrer tornou-se o momento em que o indivíduo escaparia às tramas do biopoder⁽³⁹⁾.

Operando a partir da lógica do “fazer viver”, os guias que orientam a prática das enfermeiras em Oncologia focam, sobretudo, no processo de ação para o controle do câncer, visando corrigir os problemas de percurso da doença, com foco na cura. É o caso do manual elaborado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), direcionado especificamente à Enfermagem⁽³⁶⁾, em que explora toda a fisiopatologia do câncer, ações de prevenção e intervenções de enfermagem no cuidado ao paciente com câncer. Existe aí uma gama de relatos de caso, detalhamento dos sinais e sintomas presentes em cada tipo de câncer, bem como dos tratamentos, dos diagnósticos de enfermagem e das prescrições, com enfoque curativo, objetivando sobremaneira “fazer viver”.

Em conformidade com essa lógica, entrando em cena a possibilidade da cura e da medicalização do câncer, os enfermos foram sendo submetidos ao intervencionismo médico dentro das instituições hospitalares na tentativa de controlar a doença, prolongar a vida e adiar

a morte. Aqui, o “fazer viver” pode ser comparado a uma estratégia militar, já que “a doença é encarada como invasão de organismos alienígenas, aos quais o organismo reage com suas próprias operações militares, tais como a mobilização de ‘defesas’ imunológicas, e a medicina passa a ser ‘agressiva’, como na linguagem da maioria das quimioterapias”^(14:84). O próprio caminho contra a doença é chamado de luta, de guerra. Assim, morrer dentro dos hospitais passou a ser considerado uma derrota, já que os objetivos da cura da doença e da preservação da vida não teriam sido alcançados, o que transformou a morte em objeto de interdição, acontecimento evitado, indesejável e angustiante para os profissionais de saúde e a sociedade de um modo geral⁽⁴⁰⁾.

Entretanto, a lenda conta que nem sempre foi assim. Diz-se que, até o final do século XVIII, o hospital era uma instituição de assistência religiosa e espiritual destinada aos pobres que iriam morrer, com o objetivo de excluí-los, já que eles representavam uma espécie de perigo social. A história conta que a concepção desse ambiente como máquina de curar surgiu na Modernidade, já que, ao longo da Idade Média, a medicina não era uma prática exercida nos hospitais, mas, sim, nos domicílios daqueles que pudessem financiá-la. As mudanças na concepção da função do hospital iniciaram a partir do século XVII nas enfermarias de guerra, já que, durante esse período, o exército se profissionalizou, tornando-se mais técnico e custoso, de modo que as vidas dos soldados, treinados para as batalhas, deveriam ser preservadas⁽⁴⁾. Nesse contexto, mecanismos disciplinares de vigilância e uma reorganização administrativa e política tornaram-se necessárias para possibilitar a transformação do hospital em um dispositivo a serviço do biopoder, ou seja, em prol do “fazer viver”, tentando assegurar, através disso, maiores índices de sobrevivência. Essa instituição se transformou num local onde os corpos, objetos de saber, passaram a ser submetidos ao poder disciplinar e ao intervencionismo médico, possibilitando a produção, registro, acúmulo e transmissão de saberes sobre saúde e doença⁽⁴⁾.

Com isso, houve um deslocamento do poder que a família detinha sobre o moribundo e o processo do morrer para o médico e o ambiente hospitalar, possibilitando que problemas na prestação dos cuidados a esses pacientes começassem a ser apontados, como a perda da individualidade e identidade, a negação da morte, o grande investimento tecnológico, a solidão e o excesso de normas e regras nos hospitais⁽⁴¹⁾. Essas referências remetem ao excesso do poder disciplinar e do biopoder que atuam nesses corpos e nessas vidas, regulando os indivíduos, que estão sob a tutela do hospital. Esse ambiente acaba funcionando como instituição que “sequestra” o doente, com a finalidade de proteger a vida daqueles que estão em situação de risco de morte, submetendo o grupo de pessoas que está sob seus

regulamentos a um regime de internação com a finalidade de correção das “anormalidades” e tentativa de supressão do risco de morte. Deste modo, esses pacientes hospitalizados passam a ser policiados, vigiados, controlados pelos profissionais que ali desempenham suas atividades e também pelos regulamentos que produzem essas instituições.

O hospital pode ser visto como o berço da enfermagem profissional, sendo até hoje, um dos signos dessa profissão. Conta-se que a enfermeira foi uma das grandes responsáveis pela disciplinarização nesse ambiente, organizando seu funcionamento como maquinaria moderna voltada para a cura, principalmente a partir das práticas ali instituídas por Florence Nightingale. Nascida em 1820, em Florença, na Itália, numa família pertencente a aristocracia inglesa, a “boa moça” possuía formação exemplar e um campo vasto de conhecimentos. Em 1845, Florence iniciou suas atividades na assistência de enfermagem, antes exercida por mulheres ajudantes nos hospitais. Em 1854, decidiu levar suas habilidades para a Guerra da Crimeia onde, juntamente a um grupo de voluntárias treinadas por ela, cuidou dos soldados que ali guerreavam. Suas noções de estatística, seu conhecimento prévio em saúde e a organização do espaço nas enfermarias de guerra contribuíram para a queda na mortalidade dos soldados feridos no conflito. Assim, Florence apresentou a produtividade do disciplinamento dos corpos e da organização do espaço hospitalar como instrumentos de cura e manutenção da vida, o que colaborou para a consolidação do modelo de assistência hospitalar que conhecemos hoje. Os métodos utilizados pela enfermeira fundamentaram a profissão e disciplinaram os corpos das profissionais de enfermagem, pois tinham por objetivo introduzir a ordem no ambiente hospitalar para transformá-lo num local de cura e produção de saberes. Assim, a Enfermagem, com a finalidade de satisfazer as necessidades de saúde pública, por meio da utilização do espaço hospitalar, passou a exercer seu saber profissional, cuidando dos indivíduos, auxiliando na preservação de suas vidas e minimizando o sofrimento daqueles que morriam e de seus familiares. O objeto de trabalho da profissão passou a ser a vida e a morte e os estreitos limites que as separam no contexto saúde-doença.

Apesar da morte também se configurar em objeto de trabalho da profissão, o diálogo em torno do processo de morrer tem tido pouco destaque no ensino de Enfermagem. O cuidado ao paciente que está morrendo é pouco ou nada trabalhado durante a graduação em Enfermagem, mesmo sendo esse um cuidado inerente ao “fazer” dessa profissão, já que cuidamos, educamos, acolhemos, amparamos, aliviemos desconfortos, controlamos sintomas e minimizamos o sofrimento cotidianamente na prática assistencial⁽²⁾. Por vivermos numa sociedade regida pela vida e seu controle, pouco se fala sobre a morte. Entretanto, ela, do ponto de vista biológico, é comum a todos os seres vivos. Porém, enquanto evento social,

“ultrapassa a condição individual e se torna experiência coletiva que adquire dimensões simbólicas conforme os grupos sociais e os momentos históricos”^(42:32). Numa sociedade regida pela vida e pelo “fazer viver” como a nossa, que sentido damos à morte? Que mortes nos inquietam? Essas questões nos fazem perceber como, em nossa cultura, lidamos com a morte: prolongando vidas e negando o fim delas⁽⁴³⁾. Isso porque temos consciência de que ela existe e é uma ameaça para a nossa existência. Sendo assim, a sociedade investe em tecnologias cuja finalidade é proteger a população de sua chegada. Deste modo, existe a ideia de que os processos biológicos são controláveis através das intervenções médicas, devido, principalmente, à evolução no tratamento das doenças (do câncer, nesse contexto) ocorrida, sobretudo, a partir da Primeira Grande Guerra, quando a medicina passou a ser responsável pela diminuição de taxas de mortalidade, ocasionando, em parte por isso, o aumento do tempo de vida das pessoas⁽⁴⁴⁾.

Se compreendermos a morte não apenas como um processo biológico, mas como um processo histórico e cultural, perceberemos que a maneira como vivenciamos esse momento está relacionada com as formas como determinadas discursividades surgem e nos subjetivam⁽¹⁸⁾. Assim, penso que a maneira como a morte é vivida e encarada pelas populações vem sofrendo alterações, com o passar do tempo, de acordo com culturas regidas por discursos que (re)produzem sentidos em momentos diferentes.

Ariès⁽⁴¹⁾, ao investigar os sentidos atribuídos à morte ao longo da história, conta que, na Alta Idade Média, havia rituais em torno da morte, que se caracterizava por ser comunitária, familiar, além de ser enfrentada com “dignidade” e “resignação”, já que os perigos eram menos controláveis e, portanto a vida era mais curta⁽⁴⁵⁾. Nessa época, o moribundo presidia uma cerimônia pública e organizada. Seu leito de morte era transformado num espaço onde ocorria trânsito livre, inclusive de crianças. Ali, o moribundo esperava a morte deitado, na cama, rodeado de amigos e familiares, aos quais pedia perdão por suas falhas, bem como distribuía e dava destino a seus bens⁽⁴¹⁾. À morte não se conferia um caráter dramático: ela era simplesmente aceita, vista com certa “naturalidade”. Entretanto, no final da Idade Média, como conta Ariès⁽⁴¹⁾, parece haver uma individualização da morte. O moribundo passa a ter uma maior percepção de sua própria morte, sustentando um sentimento de apego às coisas da vida. O que era tido como “natural” passou a assumir um caráter dramático, pois os sobreviventes passaram a chorar e a expressar a dor do pesar, devido à intolerância à separação, transformando a morte num interdito social⁽⁴¹⁾. O que acaba por tornar, entre os séculos XIX e XX, a morte como evento “insuportável”, acarretando no afastamento social do

moribundo⁽⁴⁴⁾. A partir, então, do século XX, a morte é ocultada, para que a vida possa ser protegida⁽⁴¹⁾, possivelmente devido à lógica biopolítica do “fazer viver”.

Antes do século XX, devido aos conhecimentos técnicos e científicos da época, a medicina era, predominantemente, paliativa, voltada para o alívio do sofrimento e para tratamentos que melhorassem a qualidade de vida⁽²⁾. Tais cuidados se davam principalmente no domicílio. Entretanto, no início do século XX, com a entrada de outros tipos de tecnologia na assistência à saúde e nos locais destinados para que essa assistência ocorra, a morte deslocou-se dos domicílios e ocupou os hospitais, onde as famílias não permanecem mais tão próximas aos doentes e onde o fim da vida tem se transformado em um problema para as pessoas que convivem com o moribundo⁽⁴¹⁾. Conseqüentemente, o moribundo, na Modernidade, tende a ser institucionalizado, medicalizado e despersonalizado, sendo que muitas vezes ele não tem o poder de tomar decisões referentes à sua vida, doença e morte⁽⁴⁴⁾. Assim, a morte, que antes era um fato presente, corriqueiro e encarado com certa “naturalidade”, passa a ser considerada como evento que não pode acontecer, sendo relacionada à repulsa e à não conformação com sua chegada.

As discussões sobre os problemas da medicalização e hospitalização do moribundo ganharam força e tornaram-se mais frequentes a partir do final da década de 90 do século XX, quando discursos sobre uma “nova” modalidade assistencial, que surge como reação à medicina tecnicista, passam a circular compondo um saber que pretende colocar a morte sob outro regime de discurso. Essa modalidade de cuidado surge como possível alternativa à crise que começa a ser descrita na assistência para aqueles que estão morrendo. É importante explicitar que a palavra crise é tomada aqui não em um sentido negativo ao qual, comumente, ela está associada, mas como um desajustamento das práticas em relação às demandas sociais de uma época, funcionando como condição de possibilidade para a mudança de episteme, viabilizando o surgimento de outros regimes de discursos que delimitam um campo de saber com seus enunciados permitidos e proibidos, verdadeiros e falsos. Os enunciados tidos como falsos seriam aqueles que não pertenceriam à episteme na qual nos encontramos, os quais não seguiriam essa forma de ordenar o mundo, não fazendo sentido no regime de verdade existente. O que quero dizer é que, a partir dessa crise na assistência aos moribundos, começa a ocorrer uma modificação na formação dos discursos sobre morte e morrer, e nas formas como eles passam a ser regidos para serem aceitos como verdades, construindo outra forma de gerenciar a morte.

Essa crise está relacionada aos avanços tecnológicos na área da saúde, os quais possibilitaram um prolongamento da vida que nem sempre tem ocorrido com qualidade.

Resolve-se o problema das mortes precoces e o das precárias tecnologias de saúde, porém, cria-se outros, como a assistência ao doente que tem sua (sobre)vida prolongada por esses avanços. A aceitação de que nem sempre a assistência curativa supera a morte faz com que compreendamos “a eliminação [como] um destino inevitável. É como a morte, que você pode tentar manter à distância por algum tempo, mas nada do que faça poderá detê-la quando finalmente chegar”^(18:38). A partir da década de 60, então, começam a surgir movimentos pelos direitos dos doentes, caracterizados por discursos que propõem uma mudança na relação de poder entre doente, família e equipe profissional⁽⁴⁴⁾.

Chamados de “Cuidados Paliativos”, tais discursos se apresentam como modos de pensar sobre o cuidar, que tem como elementos fundamentais o controle da dor e de outros sintomas apresentados por doentes fora de possibilidades terapêuticas de cura, enfatizando o cuidado com as dimensões psicossociais e espirituais desses doentes, bem como de suas famílias, mudando a atitude frente ao doente: de “nada se pode fazer por esses enfermos” para “muito pode ser feito para o bem-estar de quem está sofrendo ou chegando aos momentos finais da vida”^(2:21). Dessa forma, os Cuidados Paliativos propõem assistir o moribundo até o final de sua vida, buscando minimizar seu desconforto e proporcionar suporte emocional e espiritual ao doente e sua família, melhorando sua qualidade de vida. Além disso, é tida como central nessa proposta possibilitar o diálogo entre os atores envolvidos nesse processo, valorizando os desejos da pessoa doente e de sua família, que contam com o apoio de uma equipe multidisciplinar⁽⁴⁴⁾. Essa proposta terapêutica não surgiu em substituição à assistência biomédica vigente, mas sim em associação a esse modelo⁽⁴⁶⁾. Entretanto, essa modalidade de cuidar surgiu em contraposição, sim, à assistência hospitalocêntrica e tecnologizada, em que o doente geralmente é excluído do processo de tomada de decisões que dizem respeito à sua vida e à sua morte⁽⁴⁴⁾. Dessa forma, um “novo” paradigma passa a reger a maneira de cuidar do paciente.

Algumas autoras desse campo sugerem que a enfermeira exerça um papel de capelã, conferindo a essa função uma conotação religiosa. Além disso, sugere-se que a enfermeira tenha vocação para o cuidado, tenha certo altruísmo, compreensão e empatia pelo doente, capacidade de escuta, sinceridade, “boa” comunicação, equilíbrio, maturidade. Além disso, ela deve tocar a pessoa, e até mesmo amar. É perceptível o caráter de “santidade” conferido aos atributos “necessários” para que a enfermeira realize o cuidado paliativo. Como os Cuidados Paliativos não pretendem substituir o enfoque biomédico, ainda é sugerido que as enfermeiras tenham um preparo técnico-científico relacionado ao conhecimento e utilização de drogas analgésicas, à avaliação dos sintomas e à compreensão das questões bioéticas⁽²⁾.

Os Cuidados Paliativos propõem um deslocamento da ambientação do processo de morrer do hospital para o domicílio, sendo que o doente receberia assistência paliativa nesse local⁽²⁾. Como já vimos, em épocas passadas o cuidado domiciliar aos moribundos era um evento comum. Assim, a proposta dos Cuidados Paliativos, ao sugerir que os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura sejam cuidados em casa não apresenta uma novidade para a assistência à saúde, mas sim uma alternativa que agora está sendo investida de discursos e constituindo um outro saber, um outro jeito de cuidar, mas que remete à antiga prática do cuidado ao moribundo no domicílio. Sendo assim, podemos pensar como Foucault quando diz que “o novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta”^(47:26).

A expressão Cuidados Paliativos surgiu do termo *palliare*, originado do latim, que significaria proteção, abrigo e amparo. Essa filosofia assistencial é descrita, nas literaturas sobre a temática, como tendo sua origem no Reino Unido, na década de 60, a partir da criação do St. Christopher Hospice, em Londres, pela médica Cicely Saunders⁽²⁾. Tal instituição abrigava pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, que eram assistidos de acordo com a filosofia dos Cuidados Paliativos. A criação desse *hospice* é, comumente, atrelada ao nascimento dessa filosofia de cuidado, entretanto, entendo que a construção de um saber não tem um único ponto de partida, mas uma série de acontecimentos que dão origem a um “novo” objeto, a um outro discurso. Saunders, com o intuito de organizar um corpo de conhecimentos voltado para uma assistência mais humanizada no período que precede a morte, tanto para os pacientes, quanto para os seus amigos e familiares, teria criado o movimento *hospice*, o qual teria originado o conceito de Cuidado Paliativo. Tal movimento pode ser entendido não somente como um lugar onde se dá os Cuidados Paliativos, mas como uma proposta que representa a filosofia dessa modalidade assistencial, divulgando o cuidado, e não a cura, como sua principal ferramenta de trabalho⁽²⁾. Os *hospices* se difundiram pelos diferentes continentes, o que resultou, em 1987, no reconhecimento da Medicina Paliativa como especialidade médica, primeiramente, na Inglaterra, e, posteriormente, em outros países⁽⁴⁴⁾. Já na década de 90, os Cuidados Paliativos foram reconhecidos como parte integrante da assistência ao câncer pela OMS, de modo que essa modalidade assistencial começou a se consolidar como um saber científico, por meio da ampliação dos serviços paliativistas, em muitos países, e do aumento das publicações sobre a temática.

Os Cuidados Paliativos emergem como uma forma de questionamento e alternativa à “morte moderna”, aquela descrita como solitária, envolta pelo saber e poder médico e pelas tecnologias hospitalares⁽⁴⁸⁾. Esses discursos pretendem instituir uma outra forma de enfrentamento da morte, chamada de “morte pós-moderna”⁽⁴¹⁾. Para Menezes⁽⁴⁴⁾ tanto a

“morte-moderna” quanto a “morte pós-moderna” ou “boa morte”, como a autora denomina, são modelos ditos “ideais” e, como tal, preconizam comportamentos “ideais” dos pacientes e profissionais de saúde. A ruptura entre a “morte moderna” e a “morte pós-moderna” não propõe libertar os sujeitos da morte silenciada e ocultada, mas de colocá-la sob uma nova ordem do discurso paliativo. A terminalidade da vida passa a ser vista sob outro regime de discurso que possibilitaria pensar a morte como resultante de um processo “natural” que ajudaria a aliviar nossas angústias relacionadas a esse processo. Ao operar sobre esses corpos e construir saberes, se estabelece um regime de verdade que confere a esses pacientes uma identidade, colocando-os dentro dessa ordem discursiva que passa a vigorar na assistência à saúde⁽⁴⁸⁾. O discurso dos Cuidados Paliativos emerge, então, imbricado a outros saberes e poderes que vêm permitindo a efetuação desse campo de conhecimento, modificando práticas assistenciais e (re)fabricando os sujeitos envolvidos nesse contexto: profissionais de saúde, pacientes e familiares.

3 A MONTAGEM: PRODUZINDO UM CAMINHO INVESTIGATIVO

Não há um porto seguro, onde possamos ancorar nossa perspectiva de análise, para, a partir dali, conhecer a realidade. Em cada parada no máximo conseguimos nos amarrar às superfícies. E aí construímos uma nova maneira de ver o mundo e com ele nos relacionarmos, nem melhor nem pior do que outras, nem mais correta nem mais incorreta do que outras^(49:34).

Os trilhos do caminho investigativo, necessários para a realização de um estudo são, por vezes, tortuosos. Escolher um caminho significa abrir mão de outros, o que nem sempre é tarefa fácil. Penso que é no próprio processo de pesquisar onde esta escolha se dá. É no momento em que imergimos no objeto de análise que percebemos algumas necessidades relacionadas ao modo como esse objeto deverá ser olhado, manipulado, trabalhado.

Entra em jogo a relação teoria e prática, uma das oposições binárias da ciência moderna. Aqui, elas não são concebidas como operações antagônicas, mas como meios que atuam dentro de um mesmo movimento. Ou seja, inspirada em Meyer⁽⁵⁰⁾, os conceitos e teorizações que serviram de pilares para o modo de arquitetar este estudo foram manejados (e algumas vezes descartados) durante a pesquisa, de acordo com as necessidades sentidas, tornando possível organizar e analisar o material empírico. Essa abordagem investigativa implicou abrir mão de orientações metodológicas tradicionais, com “passos” definidos que garantissem “resultados” (mesmo porque essa não é a proposta do referencial em que me inscrevo), para construir, durante o processo de análise, um modo de investigação que contemplasse meus objetivos. Nesse percurso investigativo, foi necessário atrelar alguns princípios norteadores do referencial teórico adotado, as formas de questionar os objetos e as formas de encaminhar as análises. Essas três bases que orientaram o percurso investigativo foram sendo construídas e reconstruídas durante todo o processo.

Enfim, é neste momento de produção e montagem do caminho investigativo em que faço um delineamento dessas bases que deram sustentação a essa pesquisa, e que me auxiliaram no processo de olhar para os objetos de análise selecionados. Para tanto, elaborei uma divisão dessas bases metodológicas, em subtítulos, não para diferenciá-las, pois parto do pressuposto de que elas estão entrelaçadas, mas como um recurso didático, a fim de facilitar a compreensão dos leitores, em relação ao entendimento que faço de tais teorias.

3.1 Esboçando um cenário: corpos em meio à cultura e ao pós-estruturalismo

As formas de investigar o corpo doente no cinema, sobre as quais me debrucei, se inscrevem no campo dos Estudos Culturais, particularmente em sua vertente pós-estruturalista, como já explorado no primeiro capítulo desta Dissertação. Segundo Meyer, “a adoção de um referencial de análise inscreve marcas na investigação e no texto que nos propomos produzir e, nesse sentido, conforma e delinea os possíveis modos de sua composição e organização”^(50:28). O modo pelo qual essas marcas configuraram este estudo será explorado aqui, através da apresentação de um breve relato de como esse referencial é conceituado e de como ele opera através de uma articulação teórica com a perspectiva pós-estruturalista, bem como com os estudos do corpo.

O conjunto de pesquisas denominado Estudos Culturais surge, nos anos 60 do século XX, na Grã-Bretanha, a partir de questionamentos referentes às vigentes concepções de cultura, que a tomavam sob uma perspectiva elitista e conservadora⁽⁵¹⁾. Havia uma divisão binária entre “alta cultura” e “baixa cultura”. Ou seja, a cultura dita “popular” era posicionada “como a outra face de uma suposta ‘verdadeira’ cultura”^(51:16), como a cultura do “mau” gosto, da superficialidade. As oposições relacionadas a esse modo de conceber a cultura levaram ao surgimento dos Estudos Culturais, os quais olhavam a cultura “popular” como pertencente à própria cultura, e não posicionada fora dela, rejeitando a concepção tradicional-dominante de cultura⁽⁵¹⁾. Embora o marco dos Estudos Culturais tenha se dado nos anos 60, é pertinente ressaltar que, segundo Williams^m, citado por Costa⁽⁵¹⁾, esse modo de compreender a cultura já circulava no campo da educação e no campo militar nas décadas de 30 e 40. Esses estudos, porém, só adquiriram visibilidade com a publicação dos livros *The uses of literacy*, de Richard Hoggart, em 1957, e *Culture and society*, de Raymond Williams, em 1958, sendo que hoje esses estudos assumiram um alcance em escala mundial⁽⁵¹⁾. Enfim, a questão central dos Estudos Culturais foi, como pudemos perceber, a mudança na forma de conceituar a cultura, indo de encontro às concepções elitistas do termo. Com isso, concordo com Costa, quando afirma que “os Estudos Culturais, ao operarem uma reversão nesta tendência naturalizada de admitir um único ponto central de referência para os estudos da cultura, configuram um movimento das margens contra o centro”^(51:13). A partir desse enfoque, passamos a admitir o

^m Williams R. The future of cultural studies. In: Storey J. What is cultural studies? A reader. London: Arnold; 1997.

estudo de uma variedade de objetos, provenientes de uma série de lugares, de modo que os cânones das epistemologias tradicionais acabam sendo desfeitos⁽⁵¹⁾.

O pós-estruturalismo, ou o pós-modernismoⁿ, surgiu, em meados dos anos 50-60, como um movimento de crítica às metanarrativas da Modernidade. Esse paradigma caracteriza-se, então, por colocar em xeque as “verdades” da era moderna⁽³⁾. Deste modo, o referencial pós-estruturalista assume o compromisso de questionar as formas de conhecer, os saberes científicos e seus estatutos de verdade, à medida que toma todo conhecimento como “construção humana interessada e politicamente objetivada”^(53:9). Esse referencial vê a linguagem sob outro prisma: ao invés de concebê-la como representante da “realidade”, a linguagem torna-se um modo de constituir sujeitos, de constituir a “realidade”. A isso se denominou “virada linguística”⁽⁵⁴⁾. Com isso, atrelado aos Estudos Culturais, o paradigma pós-moderno vê os artefatos culturais como práticas discursivas que fabricam o sujeito de que fala, e não simplesmente como manifestações da sociedade atual. Deste modo, a análise cultural pós-estruturalista se ocupa em observar sentidos presentes ou não em uma determinada cultura, procurando compreender de que modo o sujeito é constituído por ela⁽⁵¹⁾. Esse tipo de estudo se torna interessante pelo fato de que contribui para descrevermos e compreendermos melhor a sociedade em que vivemos⁽⁵⁵⁾.

O projeto intelectual da análise cultural, então, é sempre marcado por um discurso de implicação social. A partir disso, é permitido tomar como cultura certos elementos de um modo de vida, tais como textos, imagens, conversas, códigos de conduta e estruturas narrativas que, segundo outras demarcações, jamais seriam apreciados como cultura, e que funcionam como algo que molda a vida social^(55:56). Para Giroux⁽⁵⁷⁾, os trabalhos engajados nos Estudos Culturais se propõem a analisar a forma como os textos funcionam para incluir ou excluir determinados sentidos, assegurar ou marginalizar formas particulares de se comportar e produzir ou impedir certos prazeres e desejos. Assim, tornam-se essenciais as análises que tomam a cultura como um processo que produz sujeitos, sendo esse um dos marcos dos Estudos Culturais. Entre outras propostas, esse campo preocupa-se com as transformações provocadas pelas tecnologias da comunicação nos modos de vida⁽⁵⁸⁾. Esse jeito de ver as coisas não tem a intenção de destruir aquilo que é apresentado pelas

ⁿ Há uma diferença de sentidos empregados aos termos “pós-estruturalismo” e “pós-modernismo”. Enquanto o primeiro trata-se de uma resposta filosófica contra as pretensões científicas do estruturalismo, o segundo constitui uma ruptura com a Modernidade, com as formas “modernas” de ver o mundo⁽⁵²⁾. Como o meu propósito não é dissertar acerca das particularidades de cada um, a título de melhor compreensão, utilizo os termos “pós-estruturalismo” e “pós-modernismo”, bem como “pós-moderno”, como sinônimos.

tecnologias, mas sim, dar outro sentido e outro modo para operar com as questões que elas mostram⁽¹³⁾.

Tomando o corpo como objeto do meu olhar, percebo-o como objeto histórico e cultural. Local de inscrição das leis e códigos culturais, bem como das tecnologias de cada época, “o corpo não cessa de ser (re)fabricado ao longo do tempo”^(59:12). No referencial em que me inscrevo, o corpo não é tomado como algo já pronto e constituído, com características “intrínsecas”, para depois ser representado pelos artefatos culturais. A preocupação dos Estudos Culturais é de olhar para o objeto cultural através de uma perspectiva geográfica, cultural e historicamente contextualizada⁽⁶⁰⁾. Aqui o corpo é um processo, cujos gestos, atitudes e aspectos, por nós “naturalizados”, tornam-se questionáveis. Ou seja, olho para o corpo “não como geneticamente determinado, mas sim como (re)fabricado constantemente nas culturas em que interage”^(60:111). Para Soares, o corpo “é sempre submetido a normas que o transformam, assim, em texto a ser lido, em quadro vivo que revela regras e costumes engendrados por uma ordem social”^(61:109). Com isso, podemos pensar que o corpo é constantemente subjetivado por uma pedagogia cultural, sendo educado e constituído, pois, pela cultura em que está imerso.

Michaud⁽⁶²⁾ comenta que o cinema, considerado a arte do século XX, funciona não como potencial de representação, mas, sim, como potencial de produção do corpo. “É próprio do cinema registrar corpos e com eles contar histórias, o que resulta em torná-los doentes, monstruosos e, às vezes simultaneamente, infinitamente amáveis e sedutores”^(8:482). É próprio do cinema hollywoodiano fabricar visibilidades e dizibilidades sobre corpos de determinados tipos, subjetivando e capturando sujeitos através de uma rede discursiva que interpela seus espectadores. São corpos que circulam globalmente, de uma cultura para a outra, entre públicos do mundo inteiro. Sua pedagogia é “sedutora”: “o poder de encantamento do cinema está precisamente neste encontro: como os corpos convidam seus espectadores a entrarem no filme, tomam-nos pela mão, levam-nos a passear, como, graças a eles, a história se torna ‘a minha história’ para cada um”^(8:494).

A expressão “pedagogia cultural” tem sido utilizada para identificar aqueles lugares que pretendem (en)formar sujeitos. Tais locais não compreendem apenas a instituição escola, mas também a mídia televisiva, jornais, revistas, brinquedos, esportes, propagandas, inclusive o cinema. Os artefatos midiáticos exercem o que chamamos de “pedagogia da mídia”, a qual “refere-se à prática cultural que vem sendo problematizada para ressaltar essa dimensão formativa dos artefatos de comunicação e informação na vida contemporânea”^(7:57). As análises que se inserem nessa perspectiva buscam esquadrihar os “ensinamentos” provindos

desses artefatos, como as “lições sobre o bem e o mal, sobre o que é ser mulher, sobre o que é ser índio, sobre o que é a nação, sobre o que é natureza, sobre a tecnologia, sobre o nosso corpo”^(7:56), e, por que não, sobre o que é ser doente e sobre o que é ser saudável, lições que investigo neste estudo. Para Costa, Silveira e Sommer⁽⁷⁾, essas lições frequentemente estabelecem o que é normal, sinalizando para o anormal, o que é certo, sinalizando para o que é errado. A partir dessa perspectiva, me afilio ao conceito de “estatuto pedagógico da mídia” elaborado por Fischer⁽⁶³⁾, quando diz que os meios de comunicação afirmam o estatuto da mídia tanto como veiculadores quanto como construtores de significados e produtores de sujeitos, os quais são (in)formados pelos discursos veiculados por esses meios. Com isso, a mídia assume uma função pedagógica, pois busca diferentes estratégias comunicativas de (in)formar sujeitos.

Nelson, Treichler e Grossberg trazem o conceito de “articulação” como algo que pode “ser transferido para novos contextos sempre que seja útil”^(5:21). Esse conceito sugere uma forma de separar e combinar discursos. Com isso, penso que, ao articular os Estudos Culturais, de vertente pós-estruturalista, com o campo da saúde, particularmente a Enfermagem, onde estou inserida, estarei fornecendo subsídios para compreender os processos discursivos pelos quais os corpos doentes são constituídos. Para que isso fosse possível, alguns procedimentos metodológicos foram tomados. Passo agora a descrevê-los.

3.2 Delineando a atuação: modos de manusear os objetos de análise

O ponto de partida de qualquer estudo é um momento em que algumas decisões devem ser tomadas. Precisamos dar atenção às nossas inquietações, elaborar questionamentos, definir nossos objetivos, para, então, definir um *corpus* de análise e o modo como trataremos esse material. Fischer⁽⁶⁴⁾ aponta que, talvez, o ponto de partida seja a atenção ao presente, ao que se diz de determinado campo de saber, para, então, definir um *corpus* que permita capturar a história de determinado objeto. Essa atenção ao presente me fez tomar, como objeto de análise, filmes hollywoodianos que mostrem o sujeito adulto com câncer. Ao longo do Mestrado, durante minhas aproximações com o material de análise, fui percebendo que aquelas “definições” metodológicas, traçadas no início do estudo, não poderiam ser fixas, pois conforme ia me apropriando do *corpus* fílmico, as ideias, os modos de olhá-lo se renovavam e se atualizavam.

O processo de busca dos filmes que pudessem compor o *corpus* de análise se deu, primeiramente, através do encontro com artigo divulgado pela Associação Brasileira do Câncer⁽⁶⁵⁾, que tratava da forma como filmes hollywoodianos mostram o câncer no cinema, citando, ainda, alguns desses filmes. A partir daí, passei a realizar uma ampla busca de filmes que mostrassem doentes acometidos pelo câncer. O principal meio em que essa busca se deu foi através da Internet, com consulta e participação em algumas fontes da *web*, tais como: *site* relacionado a cinema, fórum de discussão de filmes, lista de discussões sobre cinema, comunidade específica sobre cinema (localizada em *site* de relacionamento) e *site* especializado em câncer^o. A partir da busca e da troca de informações nessas fontes, foi possível reunir em torno de 50 filmes relacionados ao tema câncer. O critério de seleção adotado foi a escolha de filmes cujo personagem central fosse o doente adulto com câncer em estágio avançado. Procurei escolher filmes de maior circulação no Brasil. Logo, alguns dos filmes selecionados circulam não somente no cinema, mas também se encontram na grade de filmes apresentados pelos canais de televisão brasileiros. Seguindo esse critério, os filmes que compõem o *corpus* de análise são facilmente encontrados em videolocadoras. Pela facilidade de acesso ao público, penso que os filmes escolhidos atingem um número maior de espectadores e, ao colocar em circulação discursos sobre ter câncer, subjetivam-nos através de uma versão hollywoodiana do que é adoecer e morrer.

Os filmes selecionados são classificados como drama ou romance (coincidentalmente, pois o gênero fílmico não foi critério de seleção) e suas produções datam de 1970 a 2007. É importante mencionar o motivo pelo qual escolhi filmes a partir da década de 70. Enquanto realizava busca de artigos que pudessem dar sustentação às minhas análises, encontrei o trabalho de Lederer⁽⁶⁶⁾, que analisa as representações culturais de câncer em filmes produzidos por Hollywood, entre as décadas de 30 e 70. Nesse artigo, a autora apresenta algumas caracterizações de corpo doente com câncer (e morrendo, devido à doença) fabricadas pelo cinema hollywoodiano produzido naquela época. Ao utilizar tais análises como base para empreender um olhar focado nos deslocamentos ocorridos dos modos de o cinema construir o corpo doente, optei por incluir em meu *corpus* de análise filmes produzidos a partir de 1970. Trato desses deslocamentos no capítulo **Cenas (des)focadas: as lições de Hollywood sobre adoecer e morrer de câncer**.

^o As fontes referem-se, respectivamente, aos seguintes *sites*: Filmes de Cinema (<http://www.filmesdecinema.com.br>), Fórum Cinema em Cena (<http://www.cinemaemcena.com.br/forum>), Grupo de Discussão Cinema em Cena (<http://br.groups.yahoo.com/group/cinemaemcena>), Comunidade Cinéfilos: Amantes do Cinema (<http://www.orkut.com.br/Main#Community?cmm=56569>) e Oncoguia (<http://www.oncoguia.com.br>).

Os filmes selecionados para compor o *corpus* fílmico são descritos a seguir, por ordem cronológica de produção. O material de análise constitui-se de um conjunto de quinze filmes produzidos pelas indústrias cinematográficas norte-americanas, cujo ponto central de sua narrativa, como dito anteriormente, compreende o personagem acometido pelo câncer em estágio final. Esse quantitativo não foi definido *a priori*, mas em consequência do que considerarei como “filmes-pérolas” em termos de construção do corpo doente. Enfim, eis o *corpus* de análise:

1. Love Story: Uma História de Amor (*Love Story*). Diretor: Arthur Hiller. 1970.
2. Glória e Derrota (*Brian's Song*). Diretor: Buzz Kulik. 1971.
3. Laços de Ternura (*Terms of Endearment*). Diretor: James L. Brooks. 1983.
4. Tudo por Amor (*Dying Young*). Diretor: Joel Schumacher. 1991.
5. Minha Vida (*My Life*). Diretor: Bruce Joel Rubin. 1993.
6. Lado a Lado (*Stepmom*). Diretor: Chris Columbus. 1998.
7. Um Amor Verdadeiro (*One True Thing*). Diretor: Carl Franklin. 1998.
8. O Mundo de Andy (*Man on the Moon*). Diretor: Milos Forman. 1999.
9. Uma Lição de Vida (*Wit*). Diretor: Mike Nichols. 2001.
10. Doce Novembro (*Sweet November*). Diretor: Pat O'Connor. 2001.
11. Tempo de Recomeçar (*Life as a House*). Diretor: Irwin Winkler. 2001.
12. Um Amor para Recordar (*A Walk to Remember*). Diretor: Adam Shankman. 2002.
13. O Amor pode dar Certo (*Griffin & Phoenix*). Diretor: Ed Stone. 2006.
14. Duas Semanas (*Two Weeks*). Diretor: Steve Stockman. 2006.
15. Antes de Partir (*The Bucket List*). Diretor: Rob Reiner. 2007.

Rose⁽⁶⁷⁾ afirma que, para uma análise fílmica, é necessário registrar o máximo possível de informação dos filmes selecionados a fim de consultá-los com a maior clareza possível. Deste modo, apresento, no Anexo desta Dissertação, informações sobre a filmografia a ser analisada, como diretor, roteirista, elenco, gênero e ano. Penso ser oportuno, neste momento, fazer um convite aos leitores para que se reportem, ao término da leitura deste capítulo, a esse Anexo, denominado **Roteiros do *corpus* fílmico**, onde apresento a ficha técnica e a sinopse dos filmes. Esse convite tem por objetivo proporcionar aos leitores um maior entrosamento com as narrativas fílmicas, a fim de que possam compreender as análises empreendidas neste estudo.

Após ver e rever os filmes que compõem o material de análise, mergulhei naquelas narrativas, realizando uma leitura interessada do que estava vendo, ou seja, selecionando

cenar que tratavam do corpo do doente com câncer e que faziam algum sentido para mim. Uma leitura interessada busca “saber aquilo que podemos aproveitar e aquilo que podemos descartar, deixar passar ou deixar de lado”^(68:17). Decidi olhar para as cenas que mostravam o corpo com câncer, tomando a doença como estigmatizada, como um símbolo de morte iminente, como conta Sontag⁽¹⁴⁾, apresentando aquilo que traduz (ou não) as marcas do câncer no corpo. Mais de 600 imagens foram obtidas, através do software InterVideo WinDVD 7, que possibilita a captação de imagens paradas. Algumas dessas imagens estarão presentes nesta Dissertação, como uma maneira de ilustrar as análises que faço delas.

Como forma de me apropriar daquilo que estava imersa, realizei a transcrição das cenas selecionadas, ou seja, realizei a decupagem dessas cenas. Ao comentar o modo de fabricação de um filme, Fabris⁽¹⁹⁾ refere que esse é um “processo em que o filme sofre sua produção, em que ele começa a ganhar sua forma cinematográfica, indicações de diálogos, som, música, etc.”^(19:63). Deste modo, na pesquisa cinematográfica, utiliza-se a decupagem como parte do processo de análise dos discursos fílmicos, por meio da separação de seus elementos cinematográficos, a fim de melhor visualizar a cena, embora a análise se dê no conjunto dessas formas. Sua finalidade é gerar um conjunto de informações do material visual, uma espécie de “tradução” da imagem, que se preste a uma análise cuidadosa⁽⁶⁹⁾. Para que esse procedimento de decupagem pudesse acontecer, foi necessária uma aproximação com a linguagem cinematográfica, de modo que esse entendimento me auxiliasse a compreender os sentidos produzidos a partir das imagens fílmicas. Para tanto, vivi uma espécie de “iniciação” no mundo (um tanto distante, para mim, naquele momento) da Comunicação, para entender de que modo o cinema opera através de uma linguagem que é própria dessa área.

Procurei conhecer a gramática do texto fílmico, não para me tornar uma “*expert*” em cinema, tampouco para realizar um estudo das técnicas cinematográficas, mas sim, para “estar alfabetizada na linguagem respectiva, [...] decifrar seus símbolos, entrar na sua lógica, conhecer sua gramática, para apreender os significados que entre nós e eles circulam no momento em que lemos tais textos”^(31:104). Para Duarte⁽²⁶⁾, o texto fílmico é constituído pela articulação de diferentes elementos que produzem significados, em linguagem cinematográfica. Esses elementos, como a forma de filmar através de ângulo e planos, inventam uma “realidade”, criando a ilusão de “verdade” que é própria do cinema. Existe uma materialidade fílmica, discursos compostos de visibilidades e dizibilidades, que são utilizados na “operação de transformar as imagens em histórias que nos capturam e seduzem”^(19:67). Assim, neste estudo, é possível identificar os enunciados nessas duas dimensões, já que trato

de visibilidades (cenários, planos, ângulos, iluminação, vestuários, ações e expressões dos personagens) e dizibilidades (falas, trilha sonora) dos textos fílmicos, que fizeram algum sentido para mim.

Para dar conta de uma análise cultural, na perspectiva pós-estruturalista, procurei ter o cuidado de não realizar explicações unívocas, de fácil interpretação, ou mesmo buscar o sentido último ou “oculto” das coisas, mas sim, trabalhar com o próprio discurso presente nos filmes, ficando simplesmente na existência do dizível e do visível. Ao utilizar as lentes pós-modernas, tentamos escapar da interpretação de que algo está “por trás” dos discursos e procuramos explorá-los, considerando que eles são uma produção histórica, são construções, mas também constituem práticas. Para isso, foi necessária uma conversão do meu olhar para reconhecê-los e considerá-los em si mesmo. Tratou-se de perguntar de que maneira os discursos foram construídos, de mapear as dizibilidades e as visibilidades sobre o corpo doente, nas diferentes cenas enunciativas, multiplicando as relações aí sugeridas, situando as coisas “ditas” e “vistas” em campos discursivos, extraíndo delas enunciados que se referem ao corpo doente, colocando-os em relação a outros. Nessa tarefa, foi preciso “operar sobre os documentos, desde seu interior, ordenando e identificando elementos, construindo unidades arquitetônicas, fazendo-os verdadeiros ‘monumentos’”^(64:205). Esse modo de analisar a cultura pretende mostrar os diferentes significados que estão atrelados na produção de sujeitos, através desse universo midiático que são os filmes hollywoodianos. Assim,

O convite de Foucault é que, através da investigação dos discursos, nos defrontemos com nossa história ou nosso passado, aceitando pensar de outra forma o agora que nos é tão evidente. Assim, libertamo-nos do presente e nos instalamos quase num futuro, numa perspectiva de transformação de nós mesmos. Nós e nossa vida, essa real possibilidade de sermos, quem sabe um dia, obras de arte^(64: 222).

Como bem coloca Kellner, uma análise cultural pós-moderna tenta desconstruir aquilo que consideramos ser “óbvio”, “tomando aquilo que é familiar e tornando-o estranho e não-familiar”^(70:109), ou seja, tal análise se presta a desnaturalizar aquilo que tomamos por “verdades imanentes”. Olhar os filmes sob o prisma cultural pós-moderno requereu examinar as imagens com cuidado, já que elas têm seus próprios efeitos. Isso quer dizer que olhei para os filmes como práticas culturais, que são importantes na significação do mundo, na produção de sujeitos, na produção de inclusões e exclusões sociais. Em estudos deste tipo é importante considerar também a forma como o pesquisador, ou a pesquisadora, olha as imagens, já que os modos de ver são produzidos na história e na cultura:

A maneira como vemos as coisas é afetada pelo que sabemos ou pelo que acreditamos. [...] Só vemos aquilo que olhamos. Olhar é um ato de escolha. Como resultado dessa escolha, aquilo que vemos é trazido para o âmbito do nosso alcance. [...] Nunca olhamos para uma coisa apenas; estamos sempre olhando para a relação entre as coisas e nós mesmos^(71:10-11).

Dessa forma, meu olhar não foi natural nem inocente – foi o olhar da mulher, da enfermeira, da pesquisadora que tem uma história e que esteve frente a frente com o corpo doente no cinema. As dizibilidades e visibilidades fílmicas são polissêmicas, ou seja, são sujeitas a múltiplas leituras⁽⁷⁰⁾. Assim, o que os leitores verão, ao longo da Dissertação, são colocações que fiz a partir de uma leitura própria dos filmes, que poderiam ter outros sentidos dependendo de quem olha, e de onde olha. Com esta maneira própria de examinar essas dizibilidades e visibilidades, e utilizando a leitura de alguns autores que se situam nos Estudos Culturais e nos estudos de mídia, como Duarte⁽²⁶⁾, Fabris^(19;72;73), Fischer⁽⁶³⁾, Rose⁽⁶⁷⁾, Rose⁽⁶⁹⁾ e Kellner⁽⁷⁰⁾, foi possível dar alguns sentidos às formas como o corpo doente é apresentado pelo cinema hollywoodiano, permitindo, conseqüentemente, a elaboração de grupos de análise que versam sobre discursos fílmicos da produção, dos cuidados e da morte desse corpo .

3.3 Utilizando ferramentas: alguns pilares teóricos de análise

Para orientar a análise cultural pós-moderna dos filmes selecionados, utilizei os conceitos de “discurso” e “subjetividade”, ambos propostos pelo filósofo Michel Foucault. Entendo que esses conceitos estão imbricados e se entrecruzam nos textos fílmicos analisados. Assim, para deixar claro sobre o modo como analisei o *corpus*, faço uma explanação destas ferramentas foucaultianas que foram utilizadas. Veiga-Neto aponta que, numa pesquisa que tem por referencial teórico-metodológico os Estudos Culturais aproximados da filosofia de Michel Foucault, existe “a possibilidade de usar parcialmente as ‘porções’ de pensamento [de Foucault] que nos forem, digamos, úteis”^(55:40). Trata-se da metáfora da ferramenta, que nos permite estabelecer que usos nos parecem apropriados ao objetivo do estudo⁽⁵⁵⁾.

Filiando-me ao conceito de “virada linguística”, já explorado anteriormente, entendo o sentido de “discurso” não como um conjunto de palavras que representam, nomeiam o mundo, mas como prática que produz os objetos de que fala⁽⁷⁴⁾. Foucault aponta para o tratamento dos discursos não simplesmente como um conjunto de signos, mas como práticas

sociais caracterizadas por um conjunto de enunciados que se apóiam na mesma formação discursiva. Por formação discursiva, podemos entender que se refere a

[...] um feixe complexo de relações que funcionam como regra: ele prescreve o que deve ser correlacionado em uma prática discursiva, para que esta se refira a tal ou tal objeto, para que empregue tal ou tal enunciação, para que utilize tal ou tal conceito, para que organize tal ou tal estratégia. Definir em sua individualidade singular um sistema de formação [discursiva] é, assim, caracterizar um discurso ou um grupo de enunciados pela regularidade de uma prática^(74:82-83).

É importante entender o termo “enunciado” como um conjunto de signos que está em relação a outras formulações, que é repetível e que toma por referência objetos e sujeitos⁽⁷⁵⁾. “Cada enunciado não está solto no mundo, mas está ligado a – e mais ou menos validado por – outros enunciados, numa série discursiva que institui um regime de verdade”, afirma Veiga-Neto^(55:41). Portanto, podemos afirmar que os textos cinematográficos compreendem um conjunto de enunciados, apoiados numa determinada formação discursiva. Essas formações servem para classificar, mostrar diferenças e semelhanças, para visualizar certa ordem. Para Fischer⁽⁶⁴⁾, o trabalho do pesquisador, nessa perspectiva, consiste em mostrar como determinados enunciados surgem e se distribuem dentro de certo conjunto discursivo. Em cada formação, os enunciados são dispostos de certa forma e utilizados conforme o campo de saber. Eles funcionam e têm efeito como uma prática discursiva que institui um regime de verdade em determinada sociedade, isto é, ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros certos tipos de discurso⁽⁴⁾. Dessa forma, a expressão “regime de verdade” sugere uma concepção de “verdade” como forma de regular, controlar e produzir determinados tipos de sujeitos⁽⁷⁶⁾.

Ao preocuparmo-nos com discursos midiáticos, precisamos compreender os efeitos desses discursos. Assim, ocorre a ideia do “sujeito como ‘efeito discursivo’”^(64:209). Fischer⁽⁶⁴⁾ aponta que o discurso é imperativo na história dos corpos. O que fomos, o que somos, o que foram e o que disseram nossos antecedentes, são pontos que marcam nossos corpos, que os invadem e que os produzem. Os acontecimentos se inscrevem na superfície dos corpos: “os sujeitos são efeitos de discursos, e esses efeitos – produzidos no interior de inúmeras e bem concretas relações institucionais, sociais e econômicas – não existem senão nos corpos”^(64:218). Assim, ao invés de emanarem práticas sociais, econômicas, culturais e políticas a partir do sujeito, esse passa a ser derivado a partir dessas práticas, aqui vistas como práticas discursivas. Esta afirmação é assim explicada por Veiga-Neto⁽⁵⁵⁾:

Os discursos podem ser entendidos como histórias que, encadeadas e enredadas entre si, se complementam, se completam, se justificam e se impõem a nós como regimes de verdade. Um regime de verdade é constituído por séries discursivas,

famílias cujos enunciados (verdadeiros e não verdadeiros) estabelecem o pensável como um campo de possibilidades fora do qual nada faz sentido [...]. Cada um de nós ocupa sempre uma posição numa rede discursiva de modo a ser constantemente “bombardeado”, interpelado, por séries discursivas cujos enunciados encadeiam-se a muitos e muitos outros enunciados. Esse emaranhado de séries discursivas institui um conjunto de significados mais ou menos estáveis que, ao longo de um período de tempo, funcionará como um amplo domínio simbólico *no qual e através do qual* [grifos do autor] daremos sentido às nossas vidas^(55:56-57).

Podemos pensar, dessa forma, que, no discurso cinematográfico, há enunciados que se inscrevem no interior de algumas formações discursivas, estando em conformidade com determinado regime de verdade, ou seja, eles obedecem a um conjunto de regras, dadas historicamente, e afirma verdades de seu tempo⁽⁶⁴⁾. Analisar um artefato cultural, levando em conta a existência dessas formações discursivas, significa localizar os objetos de saber que surgem em seu acontecimento e mostrar quais transformações esses objetos sofrem ao longo da história⁽³⁴⁾. De modo que focalizei corpos doentes, é importante lembrar que o corpo não tem apenas as leis de sua fisiologia, ele é constantemente construído por discursos considerados verdadeiros que o atravessam, visto que ele não escapa à história. Tais “verdades” estão implicadas nas estratégias midiáticas e funcionam como modos de manter e colocar em ação dispositivos de produção de sujeitos, além de guiar a conduta das pessoas de maneira que elas se tornem pessoas de um certo tipo⁽⁷⁷⁾.

Diante desse contexto, podemos pensar que a mídia atua através de processos de subjetivação, constituindo identidades modernas e produzindo conceitos e comportamentos: ensina modos de ser, estar e se portar no mundo, conhecimentos de si mesmo e dos outros, valores, normas e procedimentos⁽⁷⁸⁾. A principal preocupação de Foucault, ao longo de seus estudos, foi a problemática do sujeito. A essa preocupação, confere-se a abordagem histórica, utilizada pelo autor, da questão da subjetividade⁽⁷⁵⁾. A subjetividade envolve modos de subjetivação, ou seja, modos pelos quais nos tornamos sujeitos. A subjetividade vincula-se ao tempo e ao corpo. Ela é

[...] uma expressão de nossa relação com as coisas, através da história, então, o modo mais imediato pelo qual essa relação se expressa é o corpo, entendido não apenas como corpo orgânico, mas também como o corpo construído pelas relações com as coisas que encontra durante sua existência. [...] o corpo envolve, então, o encontro com as coisas, ficando subentendido que uma coisa pode ser um outro corpo, orgânico ou inorgânico, uma ideia, uma imagem^(79:345).

Ou seja, a subjetivação envolve “uma história das práticas nas quais o sujeito aparece não como instância de fundação, mas como efeito de uma constituição. Os modos de subjetivação são, precisamente, as práticas de constituição do sujeito”^(75:408). Esses modos de

subjetivação estão direta e dependentemente (de forma mútua) ligados aos modos de objetivação do sujeito. Ou seja, numa relação de conhecimento e poder, o sujeito é não somente subjetivado (ou tornado sujeito de) como também objetivados (ou tornado objeto de). Com isso, quero dizer que o ato discursivo instaura sujeito e objeto, segundo determinadas condições que estabelecem “a que deve submeter-se o sujeito, que estatuto deve ter, que posição deve ocupar para poder ser sujeito legítimo de conhecimento, sob que condições algo pode converter-se em objeto de conhecimento, como é problematizado, a que delimitações está submetido”^(75:408). A partir dessas condições é que se instauram os jogos de verdades, ou seja, “as regras segundo as quais o que um sujeito pode dizer inscreve-se no campo do verdadeiro e do falso”^(75:408).

Deste modo, penso que somos subjetivados quando nos relacionamos com as imagens e diálogos que Hollywood apresenta. Acredito que o discurso fílmico acerca do corpo doente encontra-se em um regime de verdade que pretende instaurar modos “certos” de adoecer e morrer, interpelando-nos a reconhecer a inscrição da doença no corpo e a aprender a ser doente. Assim, Hollywood participa na formação de uma posição de sujeito doente. Tal formação emerge do diálogo entre conceitos e significados que nos são apresentados pelos discursos de uma cultura e pelo nosso anseio por responder aos seus apelos, ao sermos interpelados por eles e investirmos nossas emoções nos textos culturais, para nos identificarmos⁽⁶⁾. Hall explica a formação da identidade da seguinte forma:

O que denominamos “nossas identidades” poderia provavelmente ser melhor conceituado como as sedimentações através do tempo daquelas diferentes identificações ou posições que adotamos e procuramos “viver”, como se viessem de dentro, mas que, sem dúvida, são ocasionadas por um conjunto especial de circunstâncias, sentimentos, histórias e experiências única e peculiarmente nossas, como sujeitos individuais. Nossas identidades são, em resumo, formadas culturalmente. [...] Elas são o resultado de um processo de identificação que permite que nos posicionemos no interior das definições que os discursos (exteriores) fornecem ou que nos subjetivemos (dentro deles)^(6:26-27).

A partir disso, podemos pensar que nosso modo de ser e de agir é moldado pelos significados culturais⁽⁶⁾. O corpo aparece aqui como algo descontínuo, como matéria que é trabalhada e reelaborada constantemente pelas práticas sociais, e não somente como a base biológica e fisiológica da existência humana. Ele é, sim, lugar de construção da subjetividade humana⁽⁸⁰⁾. Deste modo, nossas identidades não são fixas, pois somos subjetivados por dispositivos historicamente construídos, que se desfazem e que se transformam⁽⁷⁹⁾. O pós-estruturalismo enfatiza a constituição discursiva do sujeito. Sua corporeidade, sua temporalidade, sua finitude, são construções históricas e culturais. O sujeito é visto como ser

que, fisiologicamente falando, chega à vida e enfrenta a morte e a extinção do corpo, mas é, entretanto, maleável e flexível, estando submetido às práticas de subjetivação das instituições modernas, como o cinema⁽⁵²⁾. Em uma concepção foucaultiana, o termo “sujeito” designa “o indivíduo preso a uma identidade que reconhece como sua, assim constituído a partir dos processos de subjetivação”^(81:26). Muitas das concepções veiculadas em nossa cultura como, por exemplo, a do corpo doente, têm como referência sentidos que emergem das relações construídas entre cinema e seu público. Ou seja, “determinadas experiências culturais, associadas à certa maneira de ver filmes, acabam interagindo na produção de saberes, identidades, crenças e visões de mundo de um grande contingente de atores sociais”^(26:19).

Os filmes, deste modo, possuem uma materialidade discursiva, fabricando e veiculando discursos e, conseqüentemente, constituindo subjetividades e posições de sujeito, a partir da estruturação dos diálogos, sons e imagens presentes no discurso cinematográfico. Assim, foi possível realizar uma leitura do *corpus* fílmico, questionando-me como determinado discurso é construído e como ele fabrica certo tipo de sujeito.

4 CENAS (DES)FOCADAS: AS LIÇÕES DE HOLLYWOOD SOBRE ADOECER E MORRER DE CÂNCER

A doença é a zona noturna da vida, uma cidadania mais onerosa. Todos que nascem têm dupla cidadania, no reino dos sãos e no reino dos doentes. Apesar de todos preferirmos só usar o passaporte bom, mais cedo ou mais tarde nos vemos obrigados [...] a nos identificarmos como cidadãos desse outro lugar. [...] É quase impossível fixar residência no reino dos doentes sem ter sido previamente influenciado pelas metáforas lúgubres com que esse reino foi pintado^(14:11).

Início este momento de análise das visibilidades e dizibilidades veiculadas pelos filmes hollywoodianos com um trecho de Susan Sontag, pois acredito que as imagens e falas que serão mostradas a seguir “pintam” um modo de ser doente. Ou seja, aprendemos a “adentrar” neste reino, neste lugar em que a doença se inscreve, de algum modo, no corpo. Mais que influenciados, somos subjetivados a ver doentes de determinado modo. Aqui ele aparece como efeito das visibilidades e dizibilidades produzidas pelo cinema hollywoodiano.

Susan Lederer, em seu artigo “Dark Victory: Cancer and Popular Hollywood Film”⁽⁶⁶⁾, explora as representações culturais do câncer nos filmes hollywoodianos lançados entre 1930 e 1970. Esse artigo me ajudou a perceber alguns deslocamentos discursivos relacionados ao corpo com câncer ao longo do século XX, embora esse não seja meu foco de pesquisa. Entretanto, penso ser importante destacar essas mudanças de ênfase no cinema hollywoodiano para que os leitores entendam que o corpo doente tem sido moldado pela indústria cinematográfica de acordo com certos regimes de verdade que circulam em determinadas épocas, bem como sob determinadas condições de possibilidade de produção dos filmes.

Na pesquisa de Lederer⁽⁶⁶⁾, os filmes hollywoodianos produzidos antes de 1970 projetavam alguns cânceres ao invés de outros, com o objetivo de favorecer aqueles menos “ofensivos” e mais “fotogênicos”. A autora faz uma análise do filme *Vitória Amarga* (*Dark Victory*, dirigido por Edmund Goulding, em 1939), o qual dá nome ao título do artigo. Esse filme narra a história de uma jovem, interpretada por Bette Davis, que descobre ter um tumor cerebral incurável e, em decorrência da doença, morre. Durante todo o filme o tumor permanece sem ser visto, já que está encoberto por seus lindos cabelos. Na cena de sua morte, ela sente a perda da visão, mas isso não impede o tom *glamouroso* configurado na cena, expressão utilizada pela autora. Para entender tal descrição, apresento, na figura 1, uma imagem extraída do filme analisado por Lederer:



Figura 1 – A “bela” morte. Extraída do filme *Vitória Amarga*.

Cabelos impecáveis, maquiagem sob a face, pele sem imperfeições e olhos expressivos caracterizam a personagem com câncer interpretada por Bette Davis. O que vemos é um corpo doente fascinante, atraente, charmoso. Um corpo *glamouroso*, ao qual Lederer⁽⁶⁶⁾ se refere. Berger⁽⁷¹⁾ já afirma que *glamour* é uma invenção moderna. E é deste modo que os corpos vêm sendo “formatados” pelo cinema hollywoodiano, especialmente a partir dos anos 30 do século XX⁽⁸⁾. Assim como as imagens produzidas pela publicidade, Hollywood, através da *glamourização* de seus personagens, vende um sonho: o da “bela” morte.

Lederer⁽⁶⁶⁾ ainda conta que, na década de 30, houve uma *blitz* da mídia sobre o câncer, nos Estados Unidos, e uma famosa revista publicou imagens de um homem com o rosto deformado em virtude de um tumor facial. Como consequência disso, vários leitores escreveram para a revista considerando tais imagens chocantes, repulsivas, horríveis, revoltantes e angustiantes, mesmo a revista tendo publicado a imagem do homem após o tratamento bem sucedido, com o rosto restaurado. Isso mostra a existência da repulsa pelo corpo doente e deformado que, como veremos adiante, se perpetua até os dias de hoje.

Assim, antes de 1970, os filmes hollywoodianos apresentavam personagens com câncer que aparentavam fraqueza, mas transformações corporais não eram mostradas. Assim como as alterações físicas eram silenciadas pelo cinema, as armas terapêuticas contra o câncer também eram pouco exploradas devido, principalmente, aos escassos recursos tecnológicos

existentes na época. A cirurgia era a terapêutica apresentada pelo cinema. Entretanto, nem mesmo as ferramentas cirúrgicas poderiam “salvar” todos os doentes: a ideia de que a morte pelo câncer seria prolongada, dolorosa e principalmente inevitável era recorrentemente explorada por aqueles filmes⁽⁶⁶⁾.

Nesta pesquisa, utilizei filmes produzidos entre 1970 e 2007. Entendo que durante esse intervalo de tempo ocorreram mudanças nas condições de possibilidade de produção das visibilidades e dizibilidades, o que acarretou transformações na maneira do cinema mostrar o corpo com câncer. Refiro-me, por exemplo, a mudanças ocorridas nas tecnologias terapêuticas, como o desenvolvimento da quimioterapia, o que provocou diferentes efeitos nos corpos dos doentes. A aparição da quimioterapia e de outros tratamentos curativos no cinema implicou transformações nos corpos dos personagens, visíveis especialmente nos filmes produzidos após 1990, quando Hollywood apresenta diversos filmes com personagens com câncer. Antes disso, os corpos com câncer apresentados pelo cinema das décadas de 70 e 80 continuavam sendo caracterizados como os personagens analisados por Lederer⁽⁶⁶⁾: a “fotogenia” imperava, os cuidados terapêuticos eram pouco explorados e a ideia da morte pelo câncer prevalecia, uma vez que tais personagens morrem.

Como vimos, é notável a mudança de ênfases que operam nos filmes que apresentam o doente com câncer, entretanto, não quer dizer que houve uma ruptura discursiva, por década. O que quero dizer é que “os discursos devem ser tratados como práticas descontínuas, que se cruzam por vezes, mas também se ignoram ou se excluem”^(47:52-53). Ou seja, o discurso da “fotogenia” do corpo com câncer não desapareceu na década de 90, nem as imagens da quimioterapia foram excluídas no século XXI. Eles têm, sim, certa regularidade, mas por vezes estão excluídos e por vezes estão incluídos, ocorrendo um deslizamento desses discursos fílmicos no interior das tramas históricas.

Dito isso, hora de pensar como as visibilidades e dizibilidades fílmicas querem produzir o corpo do doente com câncer. Seguindo a linha de raciocínio de Corazza⁽⁸²⁾, em estudo que investiga o que quer um currículo, afirmo que os filmes “querem produzir” o corpo doente, porque considero o cinema uma linguagem que produz discursividades e subjetividades, funcionando como um modo de formular, interpretar e atribuir sentidos ao mundo. Deste modo, o cinema atua como “ser falante”^(82:10) que, quando lhe perguntamos “o que quer dizer, com isto que está dizendo?”^(82:10), ele nos diz o que quer. Segundo a autora, se um texto fala, um texto quer: “‘quer’ como? Como um ser factível: sujeito daquele [texto fílmico] e sujeito àquele [texto fílmico]”^(82:15). A partir disso, penso que o cinema quer produzir determinado tipo de corpo com câncer.

Importante lembrar, neste momento, que “a maneira como vemos as coisas é afetada pelo que sabemos ou pelo que acreditamos”^(71:10), ou seja, olho para as imagens e diálogos com olhos de enfermeira, de alguém que já vivenciou algumas experiências com pacientes com câncer. Também olho para o texto fílmico com olhos de mestranda, imersa no mundo do cinema, tentando dar conta de uma linguagem ali existente. As imagens e falas são as mesmas, mas os sentidos que damos a elas são diferentes, dependendo do modo como fomos sendo interpelados. Para dar conta do meu objetivo e das minhas questões de pesquisa, organizei as análises relacionando-as à produção do corpo doente, aos cuidados com esse corpo e à morte. Na “Primeira lição de Hollywood: aprendendo a ser doente”, discuto de que forma esse corpo é caracterizado, que aparência tem e quais são os sinais inscritos nele e os sintomas referidos pelos doentes. Na “Segunda lição de Hollywood: aprendendo a cuidar do corpo doente”, exploro elementos que, no meu entendimento, constituem e permeiam o cuidar. Assim, trato das terapias e procedimentos a que os pacientes se submetem, do local onde esse corpo se encontra e da sua relação com as pessoas que o cercam, como amigos, familiares e profissionais de saúde. Nesse momento apresento também a forma como a enfermeira^P é apresentada pelo cinema nessa relação com o corpo doente. Por fim, na “Terceira lição de Hollywood: aprendendo a morrer de câncer”, analiso de que forma o cinema apresenta o corpo morto, bem como a relação do câncer com a morte.

4.1 Primeira lição de Hollywood: aprendendo a ser doente

Olhando a maneira como o cinema hollywoodiano apresenta o corpo do doente com câncer, percebi certos aspectos que se repetem. Observemos a figura 2:

^P Utilizo o gênero feminino para me referir à enfermeira apresentada pelo cinema, pois em todos os filmes analisados as personagens utilizadas para representar profissionais de enfermagem são mulheres. Uma discussão mais detalhada sobre o tema pode ser encontrada em Kruse e Rambor⁽²⁰⁾. Além disso, não faço distinções entre personagens enfermeiras e personagens técnicas de enfermagem, visto que o cinema também não diferencia tais profissões. Deste modo, me reportarei a essas profissionais ora como “enfermeiras”, ora como “profissionais de enfermagem”.



Figura 2 – Espelho. Extraída do filme *Tudo por Amor*.

Victor, que sofre de leucemia, é mostrado em um ambiente escuro, somente com um lado do rosto iluminado. Esse jogo de sombra e luz, juntamente com o recurso da maquiagem facial, tem a função de realçar a expressividade doente, potencializando as características que o cinema pretende instituir como pertencentes aos pacientes com câncer: palidez, olheiras, abatimento, fraqueza e emagrecimento. Esse último aspecto também é reforçado pela utilização de roupas escuras e largas pelos personagens que têm câncer, dando a impressão de emagrecimento, já que esses corpos não emagrecem efetivamente. Essas características são constantemente mostradas nos filmes hollywoodianos, como podemos observar na figura 3:



Figura 3 – Olheiras. Extraída do filme *Um Amor Verdadeiro*.

Conforme o câncer de Kate, de *Um Amor Verdadeiro* progride, estas características são acentuadas, como podemos observar na imagem acima. Olheiras profundas, rosto pálido, maçãs do rosto proeminentes juntamente com roupas escuras e largas para aparentar magreza caracterizam a personagem, produzindo um corpo “canceroso”. São aspectos que se repetem nos filmes analisados, e nos fazem reconhecer o doente com câncer. Esse modo de produzir o corpo “canceroso” subjetiva espectadores para que considerem verdadeiros os discursos circulantes no cinema.

Além disso, através das imagens fílmicas, é possível notar que a doença é marcada principalmente no rosto dos personagens. Isso me remete à Sontag⁽¹⁴⁾, quando compara a poliomielite às doenças ditas repulsivas, na atualidade (câncer e AIDS). A autora comenta que, apesar do definhamento do corpo provocado pela poliomielite, a doença não era significada como repulsiva, porque atacava apenas os membros, mas não o rosto. Isso se deve principalmente ao “*status* privilegiado” que se dá ao rosto, “tão importante para nossa avaliação da beleza ou da ruína física. [...] E, por mais letais que sejam as doenças que, como as do coração e a gripe, não danificam nem deformam o rosto jamais provocam o terror mais profundo”^(14:109). De alguma forma, penso que talvez esse modo do cinema “pintar” os efeitos do câncer, sobretudo no rosto dos personagens, contribui para a imagem de degradação física produzida pelo câncer.

Nas cenas acima também é possível perceber as expressões dos personagens. Victor, ao se olhar no espelho, está assustado, parece não reconhecer-se. Kate aparenta uma

expressão triste, amargurada. É possível fazer uma analogia deste não-reconhecimento do próprio corpo com as células cancerosas. Sontag⁽¹⁴⁾ aponta que tais células proliferam-se e o organismo do indivíduo é substituído por algo que não é ele. Além disso, essas células cancerosas são denominadas, em inglês, como *nonsel*, que quer dizer, numa tradução livre, “não-eu”. A partir disso, podemos pensar que a identidade doente decorre da presença de certas características tidas como “não-próprias” do corpo, que expressam a doença que o sujeito tem, neste caso, o câncer⁽¹⁴⁾. Assim, é possível pensar que a aparência “cancerosa” dá à pessoa uma nova identidade, posicionando-a como doente com câncer.

Um fato interessante relacionado à forma de caracterizar o doente diz respeito à raça. Observo que, dos quinze filmes analisados, apenas *Antes de Partir* mostra um personagem negro com câncer, vivenciado pelo ator Morgan Freeman. Tal personagem pode ser visto na figura 4:



Figura 4 – O personagem negro. Extraída do filme *Antes de Partir*.

Assim como os outros personagens, Carter apresenta olheiras, está pálido e abatido, vestindo roupas largas para aparentar emagrecimento. Entretanto, devido à necessidade de potencializar os efeitos do câncer no corpo são escolhidos personagens brancos, em que os aspectos como palidez e olheiras se tornam mais visíveis e impressionáveis.

Percebo, no cinema hollywoodiano, certas invisibilidades ao caracterizar o corpo doente. “O câncer, como uma doença que pode atacar em qualquer ponto, é uma doença do corpo”, já diz Sontag^(14:22). Sabemos que existem tipos de cânceres que deformam o corpo,

como o câncer de cabeça e pescoço, que causa graves alterações nesses locais, ou mesmo o câncer de mama, que em muitos casos leva a extirpação da mama. Mutilações e amputações de partes do corpo são consequências temidas, entretanto, isso não aparece nos filmes analisados. Excetuando os sintomas da doença o tumor propriamente dito pouco aparece, geralmente de modo sutil, rápido e localizado na penumbra, como nos filmes *O Mundo de Andy* e *Duas Semanas*, que podemos observar nas figuras 5 e 6:



Figura 5 – O tumor de Andy. Extraída do filme *O Mundo de Andy*.

Na imagem acima, do filme *O Mundo de Andy*, é possível visualizar um tumor no pescoço do personagem, em decorrência da metástase do câncer pulmonar. Neste momento, Andy olha o tumor através do espelho e, num ato de repulsa, diz: “Eca”. Sendo o tumor filmado rapidamente, fica quase impossível identificá-lo. Já em *Duas Semanas*, Keith conversa com sua irmã Emily sobre a possibilidade de melhora da mãe. Emily, na tentativa de não dar esperanças ao irmão, leva-o até o quarto de Anita e mostra as tumorações presentes nas costas da mãe, explicando que aquilo é câncer, como mostra a figura 6:



Figura 6 – Os tumores de Anita. Extraída do filme *Dois Semanas*.

Ainda que de forma rápida, é possível visualizar as tumorações presentes nas costas de Anita, significando que o câncer é uma doença que toma conta do corpo do doente. É interessante observar que, ao passo que o cinema procura silenciar as deformações corporais decorrentes do câncer, as imagens veiculadas nos maços de cigarro (um dos agentes considerados cancerígenos), de responsabilidade do Ministério da Saúde, buscam acentuar essas alterações, apresentando doentes traqueostomizados, amputados, mutilados, sem dentes, mortos, de forma aterrorizadora e repulsiva. Circulando no Brasil desde 2001, como uma medida obrigatória de advertência sanitária nos produtos de tabaco⁽⁸³⁾, o propósito das imagens veiculadas pelas carteiras de cigarro é coibir o consumo de cigarro, subjetivar as pessoas a não fumarem por meio desses tipos de fotos, que mostram corpos com os quais não queremos nos reconhecer. Parece que o objetivo é culpabilizar aquelas pessoas estampadas nos maços de cigarro (e, conseqüentemente, as pessoas que consomem esse produto), por serem “responsáveis” pelo desenvolvimento do câncer em seus corpos, como se o preço a pagar por esse hábito, considerado um dos “causadores” do câncer, fosse a transformação do corpo sã em corpo deformado, mutilado e, finalmente, morto, como mostra a figura 7:



Figura 7 – Embalagens de cigarro. Fonte: Instituto Nacional de Câncer⁽⁸³⁾.

Já o doente do cinema, que raramente é apresentado como fumante, parece ser mostrado como “vítima” do câncer. Sua imagem é usada para dar um tom de dramaticidade às narrativas, e não chocar o público, mesmo porque o propósito da indústria cinematográfica hollywoodiana é entreter espectadores, tendo nos filmes seus instrumentos de entretenimento. Os produtores entendem que o público é interpelado por meio de narrativas com conteúdos familiares e reconhecíveis⁽⁸⁴⁾. Assim, a doença é vista como fatalidade na vida desses personagens, e não como consequência de atitudes que provocariam o câncer, diferentemente de como o doente dos maços de cigarro é mostrado: “responsabilizado” pela multiplicação de células cancerosas em seu corpo.

São diferentes as construções discursivas do doente com câncer, considerando os distintos propósitos existentes no cinema hollywoodiano e no Ministério da Saúde. Ou seja, o corpo doente é apresentado conforme determinadas características, dependendo do ponto de vista de quem o produz. O estudo de Kellner⁽⁸⁴⁾ acerca das propagandas de cigarros produzidas antes da década de 90 pode elucidar esse argumento. O autor afirma que as indústrias tabagistas empreendem campanhas publicitárias, visando associar o cigarro a imagens consideradas positivas e invejáveis. Quem não se lembra da figura do “homem Marlboro”, que representava as propagandas da marca de cigarro de mesmo nome, estampando uma imagem de masculinidade e poder? Esse tipo de imagem, como afirma

Kellner⁽⁸⁴⁾, produz uma ideia de que é possível tornar-se determinado tipo de pessoa ao associar imagens com os produtos oferecidos pela propaganda. Neste caso, a ideia é a possibilidade da pessoa tornar-se viril e poderosa, ao consumir cigarros. Segundo o autor, essas imagens parecem lutar contra a associação do cigarro com a culpabilização do consumidor pelas doenças que o produto pode causar. As imagens interpelam os indivíduos, convidando-os a identificarem-se com produtos e comportamentos. O mesmo não ocorre com as imagens dos doentes instituídas pelo governo, e estampadas nos maços de cigarro atualmente comercializados no Brasil. Em estudo sobre representações de fumantes nos espaços públicos, Souza⁽⁸⁵⁾ aponta que os corpos impressos nessas fotografias, invadidos por traqueostomias, sondas e mutilações parecem convocar o consumidor a sentir o que eles sentem, mobilizando-o em relação aos malefícios causados pelo fumo ao provocar sensações de medo, repulsa e desconforto. Deste modo, tal campanha governamental produz uma caracterização “amedrontadora” do corpo com câncer e culpabiliza o usuário, pretendendo reprimir o consumo do cigarro para reduzir os casos de câncer. Juntamente com as legendas que informam que esses corpos têm ou tiveram câncer, essas imagens instituem um discurso que estabelece um regime de verdade que relaciona o câncer com o consumo de cigarro⁽⁸⁵⁾.

De acordo com o propósito lúdico do cinema, as deformações corporais consideradas “assustadoras”, como as que estampam os maços de cigarro, são silenciadas pela mídia cinematográfica. Parece que Hollywood pisa em terreno neutro. Inclusive as localizações dos cânceres dos personagens apresentados pelo cinema hollywoodiano geralmente não deixam, ou não pretendem deixar marcas visíveis, aquelas que não podem ser “camufladas”: intestino, ovário, rim, linfonodos, sangue, pulmões. Esses cânceres poderiam deixar marcas visíveis como a colocação da bolsa de colostomia no caso do câncer de intestino ou da traqueostomia nos pacientes com câncer de pulmão, entretanto tais transformações não acontecem nos corpos doentes do cinema. Os cânceres que usualmente causam deformações físicas, como os de pele ou os de cabeça e pescoço, não aparecem nessas produções fílmicas. Sontag⁽¹⁴⁾ afirma que as obras de ficção comercial, como os filmes de Hollywood, geralmente produzem personagens com câncer sem tumor aparente, ou com tipos de cânceres aos quais não se podem propor nenhuma cirurgia mutiladora. Os corpos doentes do cinema são, portanto, produzidos dessa forma porque “uma enfermidade vista em larga medida como sinônimo de morte é vivenciada como algo que se deve esconder”^(14:14). Seguindo essa lógica, os filmes analisados não apresentam “impactantes” alterações corporais decorrentes do câncer.

O doente com câncer apresentado no cinema é caracterizado também pela perda de controle do próprio corpo. Os desmaios passam a ser recorrentes, episódios de delírios são

“introjetados” no mundo do doente, bem como a perda da expressividade, pela perda da consciência. O vômito aparece como consequência do câncer e, inclusive aparece nas falas dos filhos de Anita, no filme *Duas Semanas*: “*Estar aqui se trata disso, sangue, soro, vômito*”, caracterizando o doente como alguém que “espalha” fluidos e que requer cuidados. Para exemplificar o que chamo de perda de controle do corpo, apresento a seguinte imagem (figura 8):



Figura 8 – Sangue. Extraída do filme *Antes de Partir*.

Essa cena, de *Antes de Partir*, mostra Edward, personagem vivenciado por Jack Nicholson, segurando um lenço de pano após tossir sangue. O lenço branco, limpo, contrasta com o vermelho do sangue que, “sujando” o pano e a boca de Edward, amedronta o personagem. Ele sabe que algo está errado, pois não há explicação para o sangue que “suja”, que é expelido involuntariamente. O rosto, metade na penumbra, metade na claridade, parece remeter a este sentido de incompreensão das manifestações do corpo advindas da doença, no sentido de dar a impressão de que algo “obscuro” está acontecendo e que precisa ser descoberto. O mesmo ocorre na seguinte cena, expressa pela figura 9:



Figura 9 – Desmaio. Extraída do filme *Tempo de Recomeçar*.

Na imagem anterior, George, do filme *Tempo de Recomeçar* também perde o controle do próprio corpo quando desmaia, na rua. Nessa cena, podemos perceber que o corpo de George encontra-se num espaço de sombra, enquanto grande parte do quadro é iluminado. Na linguagem cinematográfica, objetos que se encontram na penumbra, produzindo um efeito sinistro, ou mesmo em jogos de claro e escuro, indicam incertezas presentes na narrativa fílmica, bem como a existência de situações “ocultas” ou “sombrias” operando nos personagens⁽⁸⁶⁾. Diferentemente de cenas bem iluminadas, que tendem a “causar impressão de segurança e bem-estar, ou seja, de que tudo que há para ser visto está sendo mostrado ali e não há nada de ameaçador escondido sob zonas escuras”^(26:45). A filmagem do personagem na penumbra visa então “explorar as sombras e iluminar apenas parte da tela para dar uma impressão de ambiguidade ou ameaça”^(86:62). Tal entendimento colabora com a ideia que temos do câncer como doença misteriosa, acionada através de uma invasão “cruel” e “secreta”, que ameaça nossos corpos, já que escolhe suas vítimas indistintamente^(14:12,37). Deste modo, o cinema utiliza esses jogos de iluminação para enaltecer o aspecto doente e a expressividade enigmática do corpo com câncer. Com a composição da imagem do corpo doente localizado na sombra, presente na maioria das cenas em que é focado, podemos olhar para o personagem como alguém acometido por uma doença misteriosa, incompreensível, temida⁽¹⁴⁾. Juntamente com um conjunto de características, o cinema torna esse corpo na penumbra reconhecível como um corpo “canceroso” e, por isso, pretende provocar espanto, como na figura 10:



Figura 10 – Sofrimento. Extraída do filme *Tudo por Amor*.

Podemos visualizar a expressão de dor de Victor, com olheiras profundas, rosto pálido, corpo magro (enaltecido pela maquiagem e camiseta larga) e fraco, e uma pele que transpira. O sofrimento é acentuado pelo recurso da iluminação, através do jogo de sombra e luz, que realça os aspectos que pretendem caracterizar o corpo doente.

Além disso, jogos de sombra e luz, ao realçar a expressividade doente dos personagens, parecem dar um sentido de dramaticidade à condição de ter câncer. Tal sentido também pode ser percebido através dos títulos dos filmes, e sua tradução para o português do Brasil. A maioria remete ao sentimento de amor, e parecem até que se repetem, como *Tudo por Amor*, *Um Amor Verdadeiro*, *O Amor pode dar Certo* e *Um Amor para Recordar*. Outros pretendem estar relacionados ao sentido que o câncer poderia ter na vida dos personagens doentes, como *Uma Lição de Vida*, *Tempo de Recomeçar* e *Antes de Partir*. Deste modo, filmes em que o personagem central sofre de câncer, anunciam o drama relacionado com a doença já no título. O próprio gênero dos filmes confere esse sentido às narrativas que tratam do doente com câncer, já que eles são classificados como romance ou drama. Em *Love Story: Uma História de Amor* podemos perceber que, nem o nome da doença, nem o tipo de terapia são explicitados, entretanto, pelo argumento dramático que o filme tem, fica implícito que Jenny tem câncer. Outro recurso largamente utilizado nesses filmes é o uso do som não-diegético, ou trilha sonora, que se pretende comovente. Em linguagem cinematográfica, o som não-diegético é “utilizado para amplificar o estado emocional, para reforçar as emoções que

se espera que determinada cena ‘provoquem’ no espectador’^(26:47), interferindo na maneira como compreendemos os diferentes momentos dramáticos do filme. Assim, a música funciona de modo a oferecer a textura emocional a esses momentos. Turner⁽⁸⁶⁾ diz que

A música cinematográfica, assim como a imagem, pode ter efeitos físicos: faz arrepiar a espinha ou estimula a pessoa a acompanhar com os pés. Já foi dito que a música no cinema “sente por nós”, dizendo-nos quando ocorre um momento forte e indicando o que devemos sentir por meio do estado emocional da música^(85:65).

Pessoalmente, a trilha sonora presente nas tramas fílmicas teve efeito em mim, já que me emocionava a cada filme visto... Impossível não se comover ao ver o corpo doente aliado ao som de nostálgicas canções que permeiam as histórias de Hollywood. Penso, assim, que as produções fílmicas hollywoodianas pretendem dramatizar a condição de ter câncer, por meio desses recursos. O doente é apresentado ao público através de narrativas que se pretendem dramáticas, sustentando a existência de um discurso que relaciona câncer com tragédia. A seguinte cena (figura 11) talvez possa ilustrar este aspecto dramático conferido aos personagens doentes:



Figura 11 – Sem forças. Extraída do filme *Dois Semanas*.

Aqui, Anita, de *Dois Semanas*, encontra-se em estágio avançado da doença. A enfermeira e os filhos estão em volta da cama. Sem forças para falar ou levantar-se, ela levanta o braço. Ao som de uma comovente música instrumental, os filhos tentam adivinhar o que ela quer, até que um deles sugere que o irmão abrace a mãe. Keith vai ao encontro da

mãe, abraça-a e ela também o abraça, chorando. A música vai se tornando mais intensa com o decorrer da cena, enquanto ouve-se também o choro de Anita. Por fim, a câmera mostra a enfermeira e os filhos, todos tristes, olhando a cena do abraço de Anita e Keith.

Para emocionar, para vender seus filmes, Hollywood parece apelar para a comoção do espectador, através do amor permeado pelo câncer e pela morte, pois nos vemos nestes personagens, nos seus comportamentos, nos seus modos de pensar e, assim, assumimos certas posições de sujeito, tanto de sujeito doente quanto de familiares e profissionais de saúde que estão de frente para o câncer. Sobre essas questões, Fabris⁽⁷²⁾ afirma que mergulhamos nas narrativas fílmicas como se nosso corpo estivesse incorporado àqueles personagens que experienciam os mais dolorosos dramas, os mais envolventes melodramas. Essas histórias nos interpelam “para que nos identifiquemos com algumas posições e dispenseemos outras”^(72:118).

Vale ressaltar que, no caso do câncer, apesar do cinema apresentar corpos que identificam a doença, esses pacientes não se afirmam como “cancerosos”, como parte de um grupo que se identifica com pessoas que têm a mesma doença. Esses personagens afirmam “ter” câncer. Diferentemente do sujeito que declara “ser” hipertenso, por exemplo. Penso que essa forma de (não) reconhecer a doença reforça o sentido do câncer como doença temida e repulsiva. É interessante observar que, mesmo as doenças cardiovasculares sendo consideradas como as principais causas de morte no mundo, não há temor nem repulsa por essas doenças, no cinema. Isso pode ser visto em *Antes de Partir*, quando Edward, espantado com sua imagem diante do espelho, exclama: “*Meu Deus. Em algum lugar deve ter um desgraçado com sorte de ter um ataque cardíaco*”. Muitas doenças cardiovasculares, como a hipertensão, por exemplo, são crônicas e têm altos índices de mortalidade, assim como alguns cânceres. A diferença talvez esteja nos modos pelos quais essas doenças se inscrevem nos corpos. Enquanto a hipertensão é considerada uma doença “interna”, cujos mecanismos são julgados conhecidos e há uma ideia de controle da doença, o câncer, ao contrário, é visto como doença “externa”, cuja fisiopatologia não é totalmente conhecida, como enfermidade que se “espalha” pelo corpo, sendo difícil de controlar. A respeito disso, Sontag afirma que “a enfermidade cardíaca implica uma fraqueza, um distúrbio, uma deficiência mecânica; não há uma desonra, não há nada do tabu que [...] cerca as [pessoas] que têm câncer”^(14:15). Para a autora, a doença cardíaca não implica numa caracterização do corpo doente, mas sim numa “transformação” do comportamento, de modo que esses pacientes procuram seguir as prescrições dos “*experts*” quanto a exercícios físicos e hábitos alimentares, por exemplo, para evitar um colapso cardíaco. De qualquer forma, segundo Sontag⁽¹⁴⁾, a morte por doença cardíaca é considerada, por vezes, “boa”, por ser instantânea e por não deixar marcas visíveis.

Diferentemente das doenças cardiovasculares, o câncer é tido como patologia que degrada o corpo, sendo considerado, conseqüentemente, como “algo obscuro [...], abominável, repugnante aos sentidos”^(14:15).

A dor também se torna uma forma de caracterizar o doente com câncer nos filmes hollywoodianos, embora apareça de forma mais frequente após 1990. Por exemplo, em *Laços de Ternura*, de 1983, Emma não é mostrada sentindo dor. Entretanto, pressupõe-se que ela sente dor, pois em uma cena, sua mãe, Aurora, implora para as enfermeiras lhe darem analgésico. Junto com a fraqueza, os personagens procuram expressar a dor de forma intensa e incapacitante, como mostram as figuras 12, 13 e 14:



Figura 12 – Dor de Bob. Extraída do filme *Minha Vida*.



Figura 13 – Dor de Kate. Extraída do filme *Um Amor Verdadeiro*.



Figura 14 – Dor de Vivian. Extraída do filme *Uma Lição de Vida*.

As imagens mostram que o paciente com câncer, para assim ser caracterizado, deve sentir dores intensas. Podemos perceber o posicionamento desses personagens, todos deitados na cama, encolhidos, tentando, sem sucesso, aliviar a dor. Parecem assustados e desesperados com tamanha dor. Vivian, de *Uma Lição de Vida*, tenta expressar sua dor com a seguinte fala: “*Eu quero contar a vocês como me sinto. Quero explicar. Usar minhas palavras. Mas é como se não conseguisse. Sinto dores terríveis*”. Assim, o cinema institui um regime de verdade em que o sujeito com câncer deve sentir dores “inexplicáveis” para assim o ser nomeado. Agora

essa caracterização que imprime sofrimento nos personagens com câncer difere daquela “bela” e *glamourosa* morte da personagem de Bette Davis na década de 30, em *Vitória Amarga*, como visualizamos na figura 1. Naquela época, o ar de calma e serenidade imperava em um corpo atraente e charmoso. Agora, sofrimento e desespero são expressões do corpo com câncer.

Os principais aspectos que caracterizam o corpo com câncer, principalmente no cinema produzido a partir da década de 90, são os efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia. *Tudo por Amor* e *Uma Lição de Vida* são peças-chave nesse modo de construir a imagem desse paciente, quando apresentam os efeitos da terapêutica nos corpos dos personagens, ensinando sobre o modo como as drogas agem no corpo, provocando efeitos que são “devidamente” especificados. Falas como as do filme *Uma Lição de Vida* compõem este quadro: “*as drogas certamente afetarão algumas células saudáveis incluindo as do aparelho gastrointestinal*”, “*o tumor se espalha rapidamente e o tratamento é bem agressivo*”. Além disso, um rol de sintomas decorrentes da quimioterapia é listado: mielossupressão, nefrotoxicidade, náuseas, vômitos, disúria, feridas na boca, irritações na pele, alopecia. Vivian, desse mesmo filme, relacionando o tratamento quimioterápico aos efeitos colaterais, afirma: “*os agentes quimioterápicos que estão erradicando meu câncer, estão também erradicando meu sistema imunológico. [...] Estou em isolamento porque estou em tratamento de câncer. O meu tratamento põe em perigo a minha saúde. Aqui contido está o paradoxo*”. Isso mostra o quanto o tratamento se inscreve no corpo, através das visibilidades e dizibilidades veiculadas pelo cinema. A figura 15 mostra a quimioterapia marcada no corpo de Vivian, com a alopecia, feridas na boca, um cateter permanente por onde a medicação é infundida, sem esquecer, é claro, da pele pálida, dos olhos abatidos, da aparência cansada e magra, aqui ressaltada ainda pelo uso da roupa larga:



Figura 15 – Marcas da quimioterapia. Extraída do filme *Uma Lição de Vida*.

Em *Tudo por Amor*, estrelado pela atriz Julia Roberts e sonorizado com as emocionantes canções de Kenny G., assistimos uma “verdadeira” aula sobre os efeitos colaterais da quimioterapia. Victor é um jovem com leucemia que faz tratamento quimioterápico. São muitas as cenas que mostram o sofrimento do personagem ao “padecer” dos efeitos colaterais desse tratamento. Suor, tremores, náuseas, vômitos, acometendo um corpo fraco e pálido são alguns dos efeitos que devem ser enfrentados. Observemos a seguinte imagem extraída desse filme (figura 16), em que Victor é mostrado sofrendo tais efeitos:



Figura 16 – Vômito. Extraída do filme *Tudo por Amor*.

Um vaso sanitário ou um balde para vomitar são objetos recorrentes nas cenas dos filmes que mostram o doente vivenciando os efeitos colaterais da quimioterapia. Com o apoio de efeitos de maquiagem e iluminação, o corpo padecendo desses efeitos encontra-se fraco, debilitado, expressando sofrimento. Muitas vezes aparecem recebendo ajuda de alguém, dando um entendimento de que esses doentes não são capazes de se cuidar, como mostra as figuras 16 e 17.



Figura 17 – Corpo “murcho”. Extraída do filme *Um Amor Verdadeiro*.

Nessa cena, Ellen auxilia a mãe, muito debilitada, em decorrência do avanço da doença, a sair da banheira. A câmera filma o espelho, que reflete a extrema fragilidade de Kate, caracterizada dessa forma através de seus ossos proeminentes, de seu cabelo ralo e da incapacidade de realizar tarefas como levantar-se devido ao avanço da doença. A personagem doente é caracterizada por um corpo “murcho”, que é “consumido”. Como aponta Sontag, o doente com câncer “é ‘invadido’ por células alienígenas, que se multiplicam e causam uma atrofia ou um bloqueio de funções corporais”^(14:19).

Percebo que o mais frequente modo de mostrar que o personagem está acometido pelo câncer é a alopecia. É como se fosse sua “marca registrada”. A ausência ou a queda do cabelo em *Tudo por Amor* parece ser o motivo pelo qual Victor se sente rejeitado por sua amada. Tanto que o personagem decide interromper o tratamento para que Hilary, interpretada pela atriz Julia Roberts, sintasse atraída por ele após seu cabelo crescer. E, na realidade, é isso o

que acontece. Quando Victor se despe do “símbolo” do corpo com câncer, os dois começam a namorar. Aprendemos, nesse filme, que a alopecia significa a perda da vitalidade e da sexualidade. Sontag afirma que “o câncer é visto como algo que destrói a vitalidade [...], amortece o desejo. [...] é visto como dessexualizador”^(14:18). Penso que essa forma de ver o corpo com câncer pode estar ligada às transformações corporais, especialmente à perda de cabelo. Tanto que a alopecia aparece como o sintoma mais temido e que deve ser escondido, já que muitas cenas mostram Victor tentando disfarçar a perda de cabelo. O personagem esforça-se ao máximo para esconder essa “deformidade”, utilizando lenços, boinas, bonés. Além disso, fortalecendo esse discurso, o filme apresenta uma cena em que Hilary e Victor, com o intuito de esconder a doença dos outros, alegam aos amigos que Victor raspou o cabelo por motivos religiosos. O uso de acessórios é apresentado pelo cinema como objeto “essencial” para que o doente esconda o “símbolo do câncer”, que seria a perda de cabelo, como podemos visualizar nas figuras 18 e 19:



Figura 18 – Victor esconde a alopecia. Extraída do filme *Tudo por Amor*.



Figura 19 – Kate esconde a alopecia. Extraída do filme *Um Amor Verdadeiro*.

Com imagens desse tipo, somos subjetivados a olhar a alopecia e o conseqüente uso de acessórios na cabeça como formas de identificar o doente com câncer. E, embora esses corpos possam ser marcados de muitos modos, parece que o principal evento corporal de que se utilizam os filmes, e que acaba por se tornar característica definidora do doente com câncer, é a perda de cabelo, a alopecia. Deste modo, tais filmes utilizam esta marca, cabeças sem cabelo, para sinalizar ao espectador que o personagem tem câncer.

A alopecia relacionada ao câncer, identificando o doente, pôde ser acompanhada há alguns meses, quando a então ministra-chefe da Casa Civil, candidata à Presidência da República, Dilma Rousseff, que estava realizando tratamento para tratar um linfoma, vinha usando uma peruca, pois havia perdido o cabelo. Houve um *boom* midiático acerca do cabelo da ministra, e os brasileiros puderam acompanhar de perto tal efeito, bem como o crescimento do cabelo após o término do tratamento quimioterápico e a informação da provável cura da doença. Mais recentemente, acompanhamos o diagnóstico de câncer da apresentadora Hebe Camargo e o posterior tratamento quimioterápico realizado por ela, bem como suas entrevistas assumindo o uso de peruca, devido à ocorrência da queda de cabelo. Tal caracterização da pessoa com câncer também pôde ser vista em algumas novelas produzidas pela Rede Globo, como em *Laços de Família*⁹, exibida em 2000, em que a personagem Camila, interpretada por Carolina Dieckmann, sofre de leucemia e corta os cabelos antes que eles caiam devido ao tratamento. A câmera mostra Camila em primeiro plano, pálida e com

⁹ Ver em <http://memoriaglobo.globo.com/Memoriaglobo/0,27723,GYN0-5273-236416,00.html>.

olheiras, enquanto outra pessoa corta seus cabelos. A personagem Camila, emocionada, chora, ao som de uma música muito triste e comovente. Percebo que a produção do corpo com câncer, pela mídia, estampado nas nossas televisões, relaciona câncer com perda de cabelo e com o uso de objetos que ocultam essa condição. Com isso, os artefatos midiáticos parecem nos ensinar que a perda de cabelo durante o tratamento contra o câncer é algo esperado. Entretanto, parece que os personagens do cinema rejeitam essa condição, como pode ser visualizado na figura 20:



Figura 20 – Alopecia. Extraída do filme *Antes de Partir*.

Nessa imagem, de *Antes de Partir*, Edward olha-se no espelho, após a câmera mostrar algumas cenas do personagem sofrendo efeitos colaterais da quimioterapia. A iluminação cumpre a função de exaltar o aspecto debilitado do doente, dando ênfase ao rosto e principalmente à alopecia. É possível notar que a luz é direcionada ao espelho, que é a imagem que o doente tem de si mesmo, que, neste momento, parece não aprovar. Em *Uma Lição de Vida*, Vivian, comparando a alopecia com os outros eventos vivenciados durante o percurso da doença, classifica-a como sendo a pior. Entre toque pélvico, eletrocardiograma e colonoscopia, a personagem dispara: “*Mas isso parece um privilégio, comparado com assistir a minha perda de cabelo*”. Novamente, podemos perceber o quanto a doença é marcada no rosto dos personagens, com a caracterização do câncer através da alopecia. O sentido repulsivo atribuído à doença se torna maior por atingir o rosto do doente, local que recebe, em nossa cultura, um “*status privilegiado*”, como afirma Sontag^(14:109). A alopecia revela a

doença, torna iguais os rostos dos doentes com câncer, descaracterizando sua individualidade. É possível perceber o sentido repulsivo atribuído às cabeças sem cabelo na mídia, que, por exemplo, faz circular, com frequência, programas que tratam das famosas terapias contra a calvície. Assim, por mais que a indústria da mídia tente “normalizar” essa condição do doente com câncer, o discurso circulante sustenta a ideia da alopecia como imagem da degradação física.

Como pudemos perceber, o câncer aparece intrinsecamente ligado aos sintomas físicos. Os filmes mostram que a aparência e os sintomas da doença, bem como dos efeitos colaterais da terapia são os principais indicadores de que o sujeito está gravemente doente, ou mesmo prestes a morrer. Isso pode ser percebido através de uma cena de *Tudo por Amor*, em que Hilary, após presenciar os efeitos colaterais sofridos por Victor, diz à amiga que pensou que Victor fosse morrer e que, além disso, tem pena dele. Victor, que sofre de leucemia, havia abandonado o tratamento quimioterápico, até que sintomas como dor e febre começaram a aparecer. Ele tenta esconder, sem sucesso, tais sintomas de sua amada Hilary, que questiona se ele “*está doente*”. Mesmo sabendo que Victor não havia sido curado, ou seja, ainda estava com leucemia, ela relaciona “estar doente” com a presença de sintomas. Até então, ela não o classificava dessa forma, pois seu cabelo havia voltado a crescer, além de não mais presenciar efeitos inscritos no corpo de Victor. Sobre essas questões, Sontag⁽¹⁴⁾ assinala que existe em nossa cultura uma tendência a nomear de doença qualquer situação que se desaprove. “Estar doente” pode ser uma situação considerada como sinônimo daquilo que é tido como “anormal”. O que percebo é que a ausência de sintomas físicos (a reversão da alopecia, nesse caso) é mostrada como sinal de saúde ou de regressão da doença, enquanto o aparecimento dessas alterações no corpo significa ter câncer.

4.2 Segunda lição de Hollywood: aprendendo a cuidar do corpo doente

Um cenário frequente na grande maioria dos filmes analisados é o hospital. Esse lugar aparece como uma forma de situar o corpo doente, ensinando-nos que, em algum momento do processo de adoecer e morrer, é lá que esse indivíduo estará inserido. As figuras 21 e 22 ilustram o modo como o corpo com câncer é mostrado no ambiente hospitalar:



Figura 21 – Brian no hospital. Extraída do filme *Glória e Derrota*.



Figura 22 – Jamie no hospital. Extraída do filme *Um Amor para Recordar*.

É possível perceber que, para caracterizar essa condição, muita cor branca preenche as cenas. Iluminação, sobretudo sobre o doente, pijamas claros, lençóis e travesseiros brancos, muitas vezes contrastando com a vestimenta dos amigos e familiares, sempre colorida ou escura. Conforme Turner⁽⁸⁶⁾, “a iluminação seleciona e enfatiza elementos do quadro, [...] parece ser um meio natural de dirigir a atenção do espectador para um elemento do quadro, enquanto outros são obscurecidos”^(86:62). Penso que o doente, nesse lugar tão “iluminado”, torna-se, então, a figura central da cena. O vestuário, nesse caso o uso de pijamas, tem a

função de dar ênfase à posição de sujeito doente. Sujeito esse que se encontra submetido à instituição hospitalar, como podemos observar na fala de Vivian, de *Uma Lição de Vida*: “É embaraçoso ter que usar uma camisola o dia inteiro. Duas camisolas”.

O hospital é mostrado como um local de solidão, de espera, de paciência, pois, em muitas cenas, o personagem é posicionado em reclusão, em silêncio, como se a doença o fizesse repensar sua própria vida. Essa solidão de que falo não quer dizer somente a ausência de companhia, já que muitas vezes os personagens doentes aparecem ao lado de familiares e amigos. A solidão de que falo é a vivência de um sofrimento individual, que o cinema pretende mostrar como decorrente da transformação do indivíduo em paciente, como podemos visualizar na figura 23:



Figura 23 – Vivian no hospital. Extraída do filme *Uma Lição de Vida*.

Durante praticamente todo o filme, Vivian, de *Uma Lição de Vida*, é mostrada deste modo: em repouso, solitária, pensativa, em seu quarto hospitalar. Aqui, percebemos que ela é mostrada como peça que se mescla nesse ambiente, onde os tons de cores claras são muito parecidos. Inclusive a cor de sua pele é do mesmo tom que as cortinas e o lençol. Entretanto, ela se localiza no centro do quadro, configurando como foco da cena. Esse enfoque central da personagem, em meio a tantos objetos, faz com que percebamos um olhar “perdido”, que confere um sentido de solidão à cena. Essa forma de caracterizar o doente hospitalizado nos remete às ideias de Sant’Anna⁽¹⁰⁾, quando liga a hospitalização à transformação do indivíduo em paciente. Essa transformação inclui a vivência de uma série de separações: da família, dos

amigos, da sua residência, do trabalho, da identidade de ser saudável. Suas características são anuladas em favor da condição de paciente, de indivíduo hospitalizado, isolado. Sobre essas questões, Kruse⁽³⁾ coloca que:

O indivíduo, ao ser hospitalizado, se afasta de sua casa, abandona seu cotidiano e é introduzido no “mundo” do hospital, com seus códigos e ritos. O corpo é então colocado em repouso, conduzido ao quarto, ao leito. Seu contato com a natureza é restringido, e ele se afasta do que é público. Assim, o corpo é isolado na doença, tornando-se objeto de enclausuramento. [...] Na qualidade de corpo doente, as pessoas tornadas pacientes perdem a sua individualidade e permanecem a maior parte do tempo com roupas de dormir. Para facilitar o acesso da equipe hospitalar a seus corpos, são despojadas de seus pertences e roupas, devendo usar as roupas do hospital, que são feitas de modo a eliminar as barreiras que dificultam o acesso rápido e eficaz aos corpos doentes^(3: 21).

Deste modo, podemos pensar que, “quando hospitalizados, somos despidos daquilo que tem sido tomado como a nossa humanidade e, tratados como se fôssemos iguais”^(3:15). Isso implicaria na facilidade de acesso aos corpos doentes hospitalizados, que se tornariam, dessa forma, fáceis de serem manipulados. Kruse⁽³⁾ afirma ainda que a observação minuciosa dos corpos hospitalizados produz um saber sobre esses corpos. Penso que no cinema não é diferente. A observação de imagens de corpos com câncer, na tela do cinema ou da televisão, também produz um saber sobre esses corpos. Ao olhar as imagens do doente com câncer, hospitalizado, deitado em seu leito, entendemos que a condição de paciente está ligada ao próprio sentido da palavra: sujeito passivo, que vive sob a angústia da espera. “Espera-se o próximo remédio, o próximo diagnóstico, a próxima visita, a próxima refeição, o próximo banho, o próximo dia e a próxima noite”^(10:31). Assim, o isolamento é um modo de caracterizar o corpo, pelo cinema, quando se encontra no hospital. É uma forma de significar o doente, que deve enfrentar aquilo que causa temor: a doença e a potencialidade de morrer⁽⁸⁷⁾.

As imagens de solidão, encontradas nas imagens fílmicas, me fizeram lembrar as imagens feitas pelo pintor Ferdinand Hodler, o qual expressa, em suas telas, o processo de morrer de sua amada Valentine. Vejamos na figura 24 uma das pinturas do pintor juntamente com uma cena de *Laços de Ternura* (figura 25):

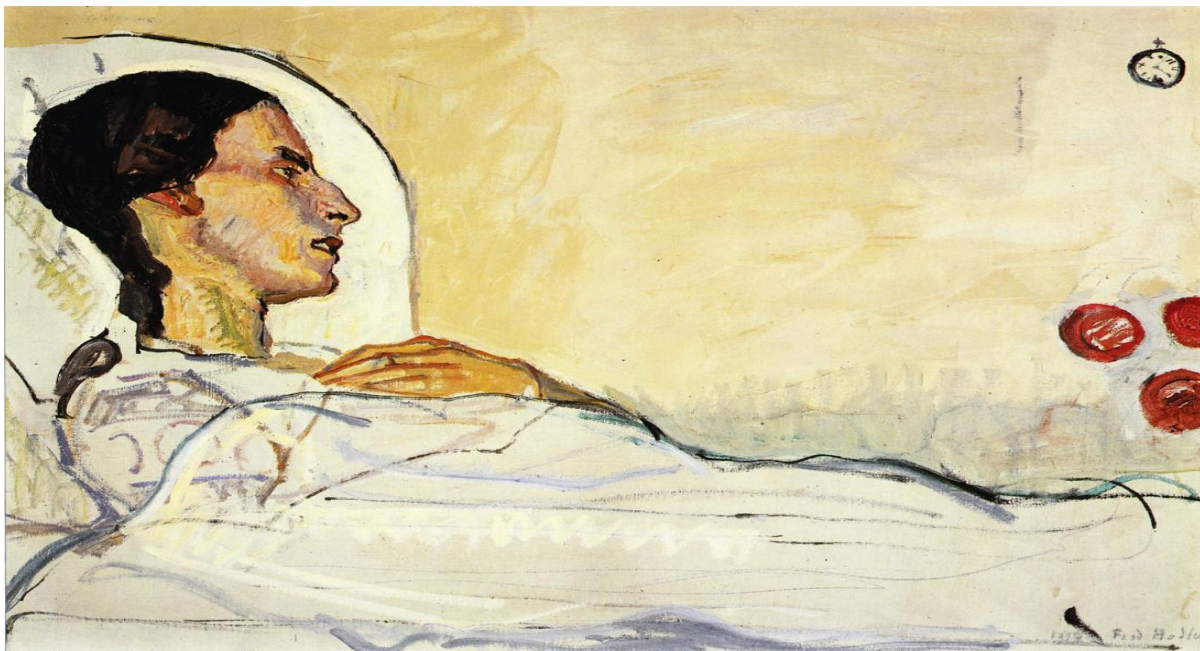


Figura 24 – Valentine. Cópia de pintura feita por Ferdinand Hodler. Fonte: Pestalozzi⁽⁸⁸⁾.



Figura 25 – Emma no hospital. Extraída do filme *Laços de Ternura*.

É nítida a semelhança entre essas imagens. Parece que existe um discurso da solidão do corpo hospitalizado que não se limita ao cinema. Como grande parte dos personagens doentes morre (ou vão morrer, segundo algumas narrativas fílmicas), podemos referir a solidão apresentada nas imagens cinematográficas à “solidão dos moribundos”, expressão trabalhada pelo autor Norbert Elias⁽⁴⁵⁾, em seu livro homônimo. Entendo que um corpo “cheio de doença” e por que não “cheio de morte”, pois o câncer está ligado à perda da vida, provoca o isolamento do corpo “moribundo” em relação aos corpos “cheios de vida”. “O problema

social da morte [ou da doença] é especialmente difícil de resolver porque os vivos acham difícil identificar-se com os moribundos”^(45:9). Assim, o cinema mostra o isolamento do doente, quando o posiciona no leito hospitalar. Mesmo quando está acompanhado ou em quarto coletivo, as imagens conferem um sentido de solidão ao paciente, ao mostrar um sofrimento individual, como na figura 26, de *Antes de Partir*:



Figura 26 – Carter e Edward no hospital. Extraída do filme *Antes de Partir*.

Nessa cena, Carter e Edward, que dividem o mesmo quarto, são mostrados convivendo com seu próprio sofrimento. Edward se recupera de uma cirurgia, enquanto Carter, mesmo estando acompanhado da esposa, é mostrado olhando para frente, um olhar que parece vago, solitário, como aquele olhar de Vivian hospitalizada, no filme *Uma Lição de Vida*, observado na figura 23. Aqui, a solidão não é simplesmente a ausência de companhia. É condição que acompanha, ou que deve acompanhar o doente hospitalizado, segundo o discurso cinematográfico.

Em *Uma Lição de Vida*, Vivian conversa com a câmera, que, neste caso, funciona como se fôssemos um “olhar-câmera”, “um olhar que olha e é olhado”, segundo De Baecque^(8:497), de forma que a personagem estaria falando conosco, espectadores. Nesse jogo de olhares, Vivian relata como é estar internada, apresentando sua visão, o “olhar do paciente”: “*Não esqueça que você está vendo os mais interessantes aspectos da minha vida como paciente que faz quimioterapia experimental para câncer de ovário em estágio avançado*”. Enquanto ela relata o quanto o tempo passa devagar quando se está doente em um

hospital, a câmera mostra os elementos do quarto: aparelho de televisão, quadros na parede, biombo, poltrona, janela... É o que podemos visualizar na figura 27:



Figura 27 – O cenário do hospital. Extraída do filme *Uma Lição de Vida*.

A câmera viaja por cada canto do quarto de Vivian e, em seguida, mostra o hospital visto de fora: muitas janelas, algumas iluminadas, outras escuras. Ora a câmera foca a personagem, em ângulo alto, com a iluminação projetada sobre ela, ora a câmera filma os elementos que compõem o quarto hospitalar. Conforme Sant’Anna, “distanciados da rotina e de suas experiências habituais, os pacientes [...] tendem a transformar o passar das horas numa de suas principais referências”^(10:34). Deste modo, penso que o cinema quer, através de suas imagens, caracterizar um espaço que é próprio do doente hospitalizado, transformando-o em ambiente que deve ser de solidão e espera.

O hospital, nesses filmes, ainda é apresentado como local estritamente ligado à terapêutica. É lá onde o paciente recebe infusões endovenosas, faz exames de imagem e de laboratório. É lá que ele aparece quando há chance de cura. É o hospital o local de representação da doença, da “real” existência da doença, como podemos perceber em uma cena de *O Mundo de Andy*, quando a irmã do personagem doente desconfia da veracidade do diagnóstico de câncer. A mãe rebate, dizendo: “Claro que é real. Estamos num hospital!”. A ligação do hospital com a doença também é percebida na fala de Victor, de *Tudo por Amor*: “Chega de hospitais. [...] Você foi a primeira pessoa em dez anos que me fez esquecer que estava doente”.

Como já explorado anteriormente, na “panorâmica” dessa dissertação, as drogas quimioterápicas começaram a ser desenvolvidas entre os anos 40 e 50 do século XX, e vêm sofrendo consideráveis avanços, no sentido da eficácia de sua atuação no organismo contra as células cancerígenas. Talvez por ser uma terapia relativamente recente, e pelo seu incipiente conhecimento, o cinema das décadas de 70 e 80 pouco explorava a quimioterapia como tratamento curativo. Mais adiante, na década de 90, especialmente a partir de *Tudo por Amor*, a terapêutica curativa ganha espaço nos filmes. A radioterapia e a cirurgia aparecem, mas é a quimioterapia que domina as imagens. Os filmes passam a apresentar, em detalhes, a terapêutica, bem como os efeitos no corpo do paciente submetido a ela. A seguinte cena de *Uma Lição de Vida* (figura 28) apresenta Vivian sendo assistida pela equipe médica, que objetiva, neste momento, avaliar os resultados e os efeitos da quimioterapia no corpo da personagem:



Figura 28 – Corpo manipulado. Extraída do filme *Uma Lição de Vida*.

Aqui, Vivian é o foco dos olhares. Ou melhor, seu abdômen, onde está localizado o câncer, é o centro da atenção dos olhares. Enquanto o corpo de Vivian é examinado e manipulado, observamos o diálogo entre a equipe médica sobre o detalhamento do tratamento: “*Hexamethosphacile Vinplatin. 300mg de Hex por m². 100 de Vin. Hoje é o 3º dia do 4º ciclo. Dose completa em cada ciclo. O 1º lugar foi atrás do ovário esquerdo*”. Pode parecer que essa fala não nos diz nada, mas é possível perceber o quanto o filme investe na complexidade da terapia, explorando nomenclaturas e quantidades. Vivian também não

entende o palavreado: “*Termos médicos são menos evocativos. Ainda assim, quero saber o que os médicos querem dizer quando eles dissecam o meu corpo. Minha única defesa é a aquisição de vocabulário*”. E ainda: “*Na ‘grande ronda’ eles lêem-me como um livro. Já ensinei. Agora sou ensinada. Fico somente parada com aparência cancerosa*”. Penso que, ao lado do detalhamento do câncer e de seu tratamento, essa imagem e essas falas nos remetem ao corpo reduzido à doença e à terapêutica. Em uma das cenas desse mesmo filme, Vivian fala para a câmera-espectador o quanto resistiu aos ciclos de quimioterapia, considerando-se um recorde de sobrevivência. Por isso, afirma que será objeto de artigo científico: “*O artigo não será sobre mim. Será sobre os meus ovários. Será sobre minha cavidade peritoneal, que apesar de suas melhores intenções, está tomada pelo câncer. Acabo chegando à conclusão que eu sou apenas, na verdade, uma jarra onde se encontra o espécime. A capa do livro. Uma folha de papel branco que carrega os pontos pretos [...] Agora como pode ver estou reduzida a uma doença*”. Com isso, percebemos o quanto o corpo doente é explorado, manipulado, dissecado, lido minuciosamente, reduzido, deste modo, à própria doença. Sobre essas questões, Kruse⁽³⁾ aponta que, na medicina moderna, o ser da doença desaparece, dando lugar para a fragmentação do corpo doente, considerado, dessa forma, como objeto do conhecimento médico. Segundo Sant’Anna⁽¹⁰⁾, o corpo hospitalizado transforma-se em objeto de manipulação, sendo o doente tratado por partes, ou seja, “a subjetividade do paciente é reduzida à identificação de elementos corporais – sangue, genes, óvulos, espermatozoides, órgãos, ossos, etc. – passíveis de mensuração e avaliação científica”^(10:32), como pudemos perceber na fala de Vivian. Assim, o câncer aparece no cinema como doença corporal. O doente tem o corpo fragmentado em função dos procedimentos exercidos sobre ele, e é classificado a partir dos tecidos afetados.

Os discursos fílmicos são atravessados por enunciados favoráveis à terapêutica curativa, embora também sejam destacados e explorados os efeitos colaterais decorrentes do tratamento, como vimos no primeiro grupo de análise. Desta maneira, observo que o cinema mostra que o doente deve se submeter à terapia e, conseqüentemente, a seus efeitos colaterais. Os filmes utilizam, inclusive, palavras que relacionam a terapêutica antineoplásica com a guerra, como pode ser visto na fala de Jackie, de *Lado a Lado*, quando a Dra. Sweikert informa que o câncer havia se “*alastrado*”: “*Mas as pessoas... Você... Nós podemos vencê-lo. Quero dizer, as pessoas o vencem a toda hora, certo? [...] Então, qual é o plano? O que faremos? Outra rodada de radiação?*”. Essa ligação da terapia curativa como uma forma de guerrear também pode ser percebida em uma cena do filme *Uma Lição de Vida*, em que Vivian está sendo submetida a um exame e, enquanto recebe “comandos” do médico (respirar

fundo, prender o ar, manter os braços sobre a cabeça), a personagem fala para o espectador, “olhar-câmera” da cena: “*Eu sou, resumindo, uma rocha*”. O corpo é mostrado como refúgio do inimigo, que precisa ser capturado. Corpo que recebe comandos e que precisa ser uma rocha para sobreviver à captura. Sontag⁽¹⁴⁾ afirma que o pensamento médico moderno inicia quando a metáfora militar se torna específica também para o campo da saúde. A partir daí, as descrições do câncer e de seu tratamento estão intimamente ligadas à linguagem de guerra, o que contribui para o discurso do corpo doente como refúgio do inimigo. As células “invadem”, “colonizam” o corpo, que deve utilizar suas “defesas” para “eliminar” o tumor. Os tratamentos são “radicais”, os exames “rastreiam” as células “inimigas”. Na radioterapia, os pacientes são “bombardeados” com os raios. Na quimioterapia, o tratamento visa “matar” células cancerosas^(14:58-59). Para a autora, a ligação do câncer com a morte faz com que a doença não seja tratada, mas atacada. A terminologia militar acaba por atuar como uma prática discursiva que coloca o câncer como inimigo contra o qual a sociedade trava, ou deve travar, uma guerra, contribuindo para a estigmatização do doente⁽¹⁴⁾.

Nesse sentido, os filmes apontam que a “melhor arma” a ser usada nesse “combate” é a quimioterapia. Em *Lado a Lado*, a Dra. Sweikert afirma para Jackie que o câncer é “vencido” todos os dias, e que ela será tratada com quimioterapia, considerada, em sua fala, como a “melhor” terapêutica contra o câncer: “*Vamos tratá-la com o que temos de melhor*”. Fortalecendo esse discurso, o Dr. Kelekian, de *Uma Lição de Vida*, afirma que “*o tratamento mais efetivo é a quimioterapia*”. Em *Tudo por Amor*, Hilary estimula Victor a continuar submetendo-se à quimioterapia, mesmo com os fortes efeitos colaterais, alegando que “*a taxa de sobrevivência em adultos é de 50%. E é maior ainda com terapia agressiva*”. Apesar de Vivian afirmar, em *Uma Lição de Vida*, que o tratamento põe em perigo sua saúde, por prejudicar seu sistema imunológico, ela segue com a quimioterapia. Para encorajar o prosseguimento desse tipo de tratamento, os filmes procuram mostrar, através de suas imagens, o doente recebendo as infusões de forma tranquila, “sem sofrimento”, como na seguinte cena de *Tudo por Amor*, ilustrada na figura 29, em que Victor, inclusive, escuta música:



Figura 29 – Quimioterapia. Extraída do filme *Tudo por Amor*.

Enquanto a enfermeira punciona a veia de Victor, para que as infusões quimioterápicas possam agir em seu corpo, o personagem, “colaborativo” com a ação da enfermeira, está confortavelmente sentado na poltrona, escutando música, aparentemente relaxado. O tipo de iluminação também favorece a imagem de um ambiente relaxante. Ao mesmo tempo, o espectador, de frente para essa imagem, ouve uma música calma, instrumental. Penso que todas essas características contribuem para o discurso do encorajamento do tratamento curativo do câncer.

Deste modo, o discurso das terapias curativas que provocam efeitos no corpo doente está ligado, nos filmes, à possibilidade de vencer o câncer, principalmente através da quimioterapia. Termos como nefrotoxicidade e mielosupressão surgem no cinema, bem como falas como esta, do filme *Uma Lição de Vida*: “O tumor se espalha rapidamente e o tratamento é bem agressivo. [...] O importante é que você tome a dose inteira de quimioterapia. Desejará doses menores por causa dos efeitos colaterais, mas temos que usar força total. Terá que ser forte. Acha que será forte?”. Rol de sintomas, efeitos colaterais agressivos, venenosos, tóxicos... Ser forte na luta contra a doença... Nos discursos fílmicos existe um incentivo às terapias curativas em que o doente é identificado como lutador, forte, “guerreiro”, alguém que deve colaborar. O que esses filmes querem nos ensinar? Ou, de que forma Hollywood quer que olhemos o corpo doente? Como um corpo que deve ser submetido a técnicas de “fazer viver” a qualquer custo? Com a recorrente aparição das terapêuticas com foco curativo, percebo que esses corpos em terapia precisam ser constantemente submetidos,

cuidados, manipulados, e principalmente disciplinados. Podemos entender por disciplina um mecanismo de controle e do exercício do poder sobre os corpos. São “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade”^(89:118).

Penso que o cinema ensina que o doente deve submeter-se a essas técnicas curativas, deve ser um corpo dócil, que é como Foucault nomeia o corpo manipulável, passível de ser modelado. A noção de “docilidade” une o corpo manipulável ao corpo analisável: “é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado”^(89:118). Recorrentemente os corpos apresentados nos filmes são submetidos a tecnologias que visam o aperfeiçoamento e a normalização desses corpos, ou seja, a cura da doença. Quando olhamos essas imagens, aprendemos a olhar o corpo doente com câncer como corpo que deve ser dócil e submetido às técnicas curativas. Esse regime de verdade presente no discurso cinematográfico parece estar relacionado ao discurso médico que nos subjetiva e nos interpela na qualidade de espectadores. O cinema, portanto, nos ensina a ser pacientes, propondo modos de adoecer e morrer, pois parece que estamos destinados a adoecer de certo modo, assim como a nos tratar segundo determinadas tecnologias. Com isso, acredito que esses corpos que se pretendem dóceis se encontram submetidos a técnicas de aperfeiçoamento. Victor, de *Uma Lição de Vida* conta que suportou dez anos de uma “não-vida”, incluindo aí hospitais e tratamento. Para entrar na ordem do discurso do “fazer viver”, o cinema mostra o paciente com câncer como alguém que deve aguentar, suportar, tolerar todas as dores físicas e psicológicas advindas da doença e da terapia em prol de um objetivo de vida. Através desse discurso, é possível perceber que Hollywood recorrentemente explora, sim, o sofrimento dos seus personagens doentes, mas estes não deixam de se submeter às terapêuticas curativas. Por meio do discurso hollywoodiano, podemos pensar que o doente com câncer deve sofrer para poder se curar.

Terapias ditas alternativas ou integrativas também entram na ordem do discurso dos tratamentos apresentados. Em *O Mundo de Andy*, através da meditação e da cristaloterapia, as cenas mostram Andy tentando combater a doença mentalmente, através do pensamento e da meditação: “*Estou vendo os glóbulos brancos. Atacando. Atacando*”. O cinema, mais uma vez, recorre à linguagem de guerra quando apresenta o doente submetido a terapias curativas. Em *Minha Vida*, Bob recorre a um “curandeiro”, designado assim pela tradução do filme, feita para o Brasil. A figura 30 ilustra a forma como Bob é mostrado submetido a essa terapêutica tida como alternativa:



Figura 30 – Curandeiro. Extraída do filme *Minha Vida*.

Na imagem acima, o vestuário “formal” de Bob, submetido ao tratamento “espiritual”, contrasta com os rotineiros pijamas claros e “limpos” dos pacientes hospitalizados. O local onde é realizado o tratamento alternativo se diferencia do ambiente hospitalar, apresentando objetos antigos, rodapés mal acabados e barulhos de trânsito e de pessoas falando, vindos da rua. Além disso, o lugar parece mais sombrio do que o hospital e a roupa escura do “curandeiro” contrasta com os jalecos e uniformes brancos usualmente vestidos pelos profissionais de saúde. Com essas características, o espaço “alternativo” se opõe à branquidade e à impecabilidade conferida à instituição hospitalar apresentada pelo cinema hollywoodiano.

De qualquer forma, mesmo com essas diferenças na forma de o cinema caracterizar os “lugares de cura”, o discurso do “fazer viver” está presente aí também. No filme, Bob, mesmo não acreditando nesse tipo de terapia, procura o “curandeiro” a pedido de sua mulher, parecendo ser uma tentativa “desesperada” de curar seu câncer, já que isso acontece após Bob receber prognóstico negativo da doença. O “curandeiro” alega ser a raiva a causa de seu câncer. Existe, em nossa cultura, uma conexão entre o câncer e a repressão de sentimentos, como a raiva, que seria considerada a causa da doença⁽¹⁴⁾. Assim, o “curandeiro” prescreve a Bob que ele atinja a felicidade, através do encontro com o amor e o perdão, com o objetivo de “eliminar” o sentimento de raiva existente em Bob: *“Ainda está do mesmo jeito. A raiva, o medo. Não está sendo um bom aluno. A vida tenta lhe ensinar, mas você não quer ouvir [...] Sinta o centro do seu peito. Imagine seu dedo apertando cada vez mais profundo. Quando*

começar a se sentir feliz, com uma sensação de bem-estar, você chegou lá". E assim, ainda sem acreditar no tratamento alternativo, mas submetido ao discurso de "fazer viver", Bob segue os ensinamentos do "curandeiro". É interessante destacar o sentido conferido à palavra "curandeiro", em nossa cultura. A palavra em si remete ao sentido de cura. Entretanto, uma consulta ao dicionário informa que o termo é definido como "aquele que trata de doenças, sem título nem conhecimentos médicos", aparecendo como sinônimo de "impostor", de "charlatão"^(90:s/p). Somando-se a isso, ao visualizar a figura 30, podemos perceber a aparência asiática do "curandeiro", bem como os símbolos orientais estampados na janela da sala. A figuração oriental da terapia "alternativa" me remete ao texto de Said⁽⁹¹⁾, em estudo que trata do orientalismo, ou seja, o autor estuda a forma como os discursos ocidentais produzem o Oriente. No texto, Said aponta, entre outras análises, que o Ocidente cria "o Oriente como uma espécie de identidade substituta e até mesmo subterrânea, clandestina"^(91:15). A partir disso, podemos pensar que o cinema hollywoodiano, ao mesmo tempo em que reforça o discurso do "fazer viver", com o reconhecimento da função do "curandeiro", colocando-o em operação numa narrativa que busca a cura da doença, igualmente desqualifica seu saber, posto que ele não estaria dentro da ordem do discurso médico, o dito científico, "verdadeiro", "ocidental". Nesse sentido, observo que o cinema parece colocar em funcionamento um discurso que situa as terapias "alternativas" em posição inferior, quando comparadas às terapias "científicas". A busca por esse tipo de terapia deve ocorrer, portanto, no momento em que o tratamento "convencional" nada mais pode fazer para que o paciente (sobre)viva.

Além da terapia, os personagens doentes são constantemente mostrados realizando exames, como tomografia, ressonância magnética, ultrassonografia, radiografia, eletrocardiograma, colonoscopia, exames de toque, como afirma a personagem Vivian, de *Uma Lição de Vida*: "*Digamos que 8 meses de tratamento de câncer é altamente educacional. Estou aprendendo a sofrer. O eletrocardiograma é um pouco desconfortável, mas a agonia de uma colonoscopia é bem pior. [...] Ter um aluno meu me aplicando um exame pélvico foi completamente degradante*". Para Sontag, "a pessoa tem um corpo opaco que precisa ser levado a um especialista a fim de saber se contém câncer"^(14:18). Na seguinte imagem (figura 31), Vivian, de *Uma Lição de Vida*, é encaminhada para um exame:



Figura 31 – Exame. Extraída do filme *Uma Lição de Vida*.

O corpo de Vivian fica diminuto perto dos gigantes aparelhos que compõem a cena. Os olhares não se cruzam: a preocupação está em torno dos instrumentos e do posicionamento do corpo doente em relação às máquinas. Para Foucault, o exame se configura numa técnica disciplinar que “estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados”^(89:154). Ou seja, aqui o processo de examinar o corpo permite que ele seja classificado de acordo com a localização e o estágio da doença e, em seguida, normalizado através das técnicas que o fazem viver. O efeito dessa técnica, portanto, é constituir corpos legíveis, descritíveis, analisáveis e dóceis⁽⁸⁹⁾. Deste modo, o exame atua como um procedimento de objetivação do sujeito, posto que o torna objeto de visibilidades e dizibilidades, e também tem efeitos sobre sua subjetivação⁽³⁾, o que, segundo Foucault, “manifesta a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam”^(89:154):

O corpo do paciente é abordado como um objeto a ser analisado em suas partes [...]. Cada uma dessas partes é analisada em função dela mesma, são avaliadas suas dimensões significantes. O paciente, então, é objeto do exame nas mais variadas posições: deitado, em pé e durante a marcha. Cada pormenor do seu corpo é avaliado, medido, auscultado, palpado, inspecionado, olhado, cheirado. [...] Ao mesmo tempo em que é alvo do exame, o paciente aprenderá sobre a importância de interrogar cada parte do seu corpo [...] ^(3:127).

A constante aparição dessas técnicas, juntamente com os tratamentos a que os corpos são submetidos, fabricam um doente com câncer conectado a aparelhagens médicas. Não

somente máquinas diagnósticas, mas também acessos endovenosos, bombas de infusão, monitores, sondas, soro, medicamentos e cateteres penetram no corpo doente, ilustrando a constituição de um corpo dependente de aparatos médicos para que possa viver com o câncer, como podemos visualizar na figura 32:



Figura 32– Conexão corpo-máquina. Extraída do filme *Uma Lição de Vida*.

Nessa cena de *Uma Lição de Vida*, podemos observar que os aparelhos são posicionados entre o espectador e Vivian. A bomba de infusão, o suporte de soro, os cateteres e as medicações endovenosas formam um conjunto de ligação com a personagem. A conexão está central na cena, já que todo o resto aparece desfocado. Entretanto, por ocuparem lugar de destaque, aparecendo em primeiro plano, penso que as aparelhagens são significadas como objetos de importância “vital” à personagem. Uma cena de *Antes de Partir*, ilustrada pela figura 33, também dá conta desse discurso:



Figura 33 – Suportes de medicamentos. Extraída do filme *Antes de Partir*.

Aqui, Edward e Carter estão caminhando pelos corredores do hospital e, dada a importância conferida, pelo cinema, às “máquinas de fazer viver”, carregam seus suportes com os medicamentos que estão sendo infundidos em seus corpos. A fabricação do corpo doente conectado a aparelhagens nos remete a produção de um corpo “ciborgue”, ou seja, um corpo híbrido, composto de organismo e de máquina, cujas fronteiras se tornam problemáticas na medida em que essa conexão se torna necessária para que o corpo possa viver⁽⁹²⁾. Em estudo sobre a ciborguização da enfermeira em unidade de terapia intensiva, Vargas⁽⁹³⁾ aponta que o cenário composto por diversas aparelhagens médicas remetem ao corpo doente como corpo que está gravemente doente por encontrar-se conectado a essas máquinas. Tal composição de imagem funciona, segundo a autora, como texto que deve ser lido por profissionais de saúde, e não como algo a ser contemplado, funcionando, dessa forma, como discurso que constrói e ensina a perceber a gravidade da doença: “aprendemos com e a partir das imagens e aprendemos a olhar com elas”^(93:70). São textos que incutem determinados efeitos em quem os lê, em relação à percepção da doença no corpo. Assim como a localização do doente no hospital, a conexão corpo-máquina é uma imagem que situa a “real” existência da doença, já que tais aparelhagens configuram-se, na contemporaneidade, em tecnologias médicas, as ditas científicas, “verdadeiras”.

O cinema também reconhece as possíveis falhas do tratamento curativo e mostra o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, assim definido após muitas tentativas do doente em seguir a terapêutica curativa. Deste modo, os personagens não se encontram

limitados ao hospital e aos procedimentos curativos. Penso que esses filmes pretendem ensinar aos espectadores tanto sobre a necessidade de fazer com que esse corpo viva, quanto sobre a existência da possibilidade do tratamento contra o câncer falhar, bem como normalizar essa falha através do discurso da qualidade de vida no tempo que resta ao doente, deixando esse corpo morrer. Esse discurso é fortalecido com as imagens dos doentes buscando melhorar a vida através do alívio dos sintomas, e não mais através da busca pela cura da doença. Deste modo, Hollywood produz *Duas Semanas*, em 2006, filme que, acredito, pretende instituir a filosofia dos Cuidados Paliativos na mídia. Seguindo a lógica do discurso paliativista, Anita é apresentada como uma pessoa que decide como quer viver seus últimos dias, como mostra a figura 34:



Figura 34 – Controle. Extraída do filme *Duas Semanas*.

Nessa cena, a personagem pede o “controle” (referindo-se ao controle-remoto do aparelho de televisão) ao filho. A cena termina com Anita apontando o controle-remoto para a câmera, que teria o ponto de vista do aparelho de televisão que ela está assistindo e também o do espectador que a assiste. O controle-remoto que Anita segura, mediando essa troca de olhares, permite pensar em controle no sentido de autonomia do doente, considerada uma das prerrogativas dos Cuidados Paliativos.

A filosofia dos Cuidados Paliativos é apresentada de diferentes modos nos filmes. Uma delas é a busca de ajuda, seja de livros ou de profissionais, para que o doente e os familiares possam aceitar a morte. Alguns livros são mostrados, em *O Amor pode dar Certo*:

“Doenças terminais”, “Falando de morte”, “Escolhas no final – uma análise das questões médicas”. Em *Duas Semanas*, a câmera filma livros com os seguintes títulos: “Cuidando dos que vão morrer”, “O livro tibetano dos mortos”, “Minha mãe e sua morte” e “Mulheres que morrem”. Em *O Amor pode dar Certo*, Griffin e Phoenix, sabendo do prognóstico negativo da doença, são mostrados assistindo a uma palestra sobre o processo de morrer. Assim, são destacadas nos filmes as possibilidades que os livros e os profissionais, os “experts”, possuem para resolver problemas.

Como já vimos, um dos recursos utilizados pelo cinema para caracterizar o paciente com câncer é a dor. Sendo assim, um modo de apresentar o cuidado que o doente requer é através do controle desse sintoma, especialmente quando o personagem com câncer é mostrado como fora de possibilidades terapêuticas de cura. Os analgésicos passam a fazer parte do universo dos personagens doentes. Os nomes dos medicamentos e a forma de administrá-los são detalhadamente apresentados, como podemos observar nas falas de *Um Amor Verdadeiro*: “Darei ‘Dilaudid’ para a dor. Talvez fique grogue”, “O câncer avançou mais do que pensávamos. Seria melhor parar com a quimioterapia. [...] Não podemos fazer mais nada. Devemos ajudá-la a passar esta próxima etapa. Darei morfina. Um tablete, 2 vezes ao dia, para a dor. Não deve mastigar porque podem fazer mal”. Podemos visualizar a função pedagógica que o cinema hollywoodiano exerce no espectador, no que diz respeito ao controle da dor, através da seguinte cena (figura 35) de *Tudo por Amor*, que mostra Victor realizando auto-aplicação de morfina:



Figura 35 – Morfina. Extraída do filme *Tudo por Amor*.

Após uma sequência de imagens que mostram Victor (num ato aparentemente “desesperado” para aliviar sua dor) preparando a seringa com morfina, e em seguida dando tapas em seu braço para preparar a veia, a câmera capta somente o rosto do personagem enquanto este injeta o analgésico. A feição desesperada e ofegante de Victor vai, aos poucos, se transformando em expressão de alívio. Assim, percebo uma construção do corpo doente que aparece constantemente ligado aos medicamentos para alívio da dor. A seguinte imagem (figura 36), extraída de *Doce Novembro*, vem reforçar esse discurso, quando mostra o amplo espaço que Sara dedica para acomodar suas drogas analgésicas:



Figura 36 – Armário de medicamentos. Extraída do filme *Doce Novembro*.

Em *Duas Semanas*, o controle da dor é um dos principais temas tratados na narrativa. Existe um grande incentivo a essa prática, especialmente pela presença constante da enfermeira que cuida de Anita, que parece funcionar como “educadora” da personagem doente, dos familiares e, conseqüentemente, do espectador que assiste a trama fílmica. Através de suas falas, aprendemos de que modo a dor do paciente sem possibilidades terapêuticas de cura pode ser aliviada: “*Pacientes com dose alta de morfina desenvolvem tolerância, e a dor pode ser forte. Então, estou aumentando a dose pra 8ml e a frequência para intervalos de 5min*”. Ou seja, aprendemos que a dor deve ser aliviada, mesmo com doses e frequências aumentadas. Existe, em nossa cultura, um receio quanto ao uso de analgésicos opióides, pelo risco de uso excessivo devido à tolerância que o organismo adquire pelo uso contínuo. Entretanto, Hollywood nos ensina que não se deve ter receio de usar esse tipo de

medicamento em doentes com câncer fora de possibilidades terapêuticas de cura, posto que o “bom” cuidado é não deixar que o paciente sinta dor, não importando a dose ou a frequência aplicada ao doente, nem o risco de adição ao medicamento.

Quero aqui abrir um parêntese para falar sobre o papel da enfermeira nesses filmes e sobre como seu aparecimento ocorre, principalmente, nas cenas em que o doente recebe Cuidados Paliativos. Como dito anteriormente, à enfermeira cabe o papel de “educadora” nesses filmes. Não somente em relação ao alívio da dor, como podemos observar na fala da enfermeira cuidadora da personagem Anita, mas também em relação a outros aspectos. Observemos a figura 37:



Figura 37 – Carinho de enfermeira. Extraída do filme *Tempo de Recomeçar*.

A cena apresenta um diálogo entre paciente e enfermeira, em que George comenta que não é tocado há muito tempo, causando um estranhamento na enfermeira, que alega que “*as pessoas precisam de carinho. Todos são tocados por alguém que amam*”. Em seguida, ela fecha a cortina que o separa de outro paciente, senta na cama de George e o acarinha, sugerindo um forte vínculo entre enfermeira e paciente, como mostra a imagem acima. Essa relação entre a profissional de enfermagem e o doente é vista, sobretudo, quando o paciente é “classificado” como fora de possibilidades terapêuticas de cura. Com isso, Hollywood atua como um dispositivo pedagógico que ensina que a enfermeira deve tocar o paciente, deve ensinar que esse corpo deve ser tocado, bem como receber carinho, e que tal comportamento é um modo de proporcionar o “bom” cuidado. Entretanto, o ato de fechar a cortina, pela

enfermeira, para que ela possa tocar no paciente, parece trazer a ideia de que tal procedimento não é de todo adequado, funcionando, talvez, como um lembrete de que existe certo limite para esse vínculo, esse toque.

Médicos e médicas aparecem, com frequência, mas parecem manter uma relação mais “distanciada” com seus pacientes, se compararmos à relação que as profissionais de enfermagem mantêm com os doentes, os primeiros atuando como aqueles que fazem diagnósticos, que prescrevem, associados ao trabalho intelectual. Nas imagens em que a enfermeira aparece, é notável a presença dessa profissional em contato com o corpo doente. Diferentemente da imagem dos médicos e das médicas, a enfermeira aparece como a profissional que cria um vínculo afetivo com pacientes, aquela que toca o corpo doente, que dá carinho: “enfermeiras funcionam, por vezes, como ‘doadoras’ de presença e de atenção, ‘doadoras de tempo’, figuras fundamentais para reestabelecer os laços entre o paciente e a vida”^(10:32). Nesse sentido, o cinema atribui diferentes funções para os profissionais, no decorrer dos estágios da doença. Assim, reabilitar, servir de apoio, educar, alimentar, acompanhar e aliviar sintomas são algumas das funções exercidas pela enfermeira nas produções cinematográficas. Para Fischer⁽¹⁷⁾, vivemos em mundo que carece de heróis e, por isso, o cinema cria personagens com preocupação moral, que promovem o “bem”, como são mostradas as enfermeiras nos filmes aqui analisados. Percebo que as funções exercidas pelas profissionais se assemelham muito à forma como o doente com câncer é cuidado pelos familiares, nas tramas fílmicas, que também são mostrados como “promotores do bem”. Muitas são as cenas em que os entes queridos acarinham, acompanham e cuidam de seu familiar doente, como sugere a figura 38:



Figura 38 – Gelo. Extraída do filme *Minha Vida*.

Na cena de *Minha Vida*, Gail passa gelo nos lábios de seu marido Bob, quando este encontra-se em estágio avançado do câncer, já com dificuldade de deglutição. Através dessa forma de mostrar o cuidado que se deve ter com o corpo com câncer, aprendemos que o doente deve receber cuidados constantes, não somente por profissionais de saúde, mas também por familiares. Em suas narrativas, Hollywood mostra que, com o advento da doença, problemas familiares devem (ou deverão) ser resolvidos para que o doente tenha uma boa morte. Um exemplo disso ocorre em *Antes de Partir*. O sofrimento de Edward é apresentado de forma acentuada pela ausência de familiares. A doença incurável faz, então, com que Edward procure sua filha, com quem não falava há muitos anos, por conflitos pessoais. Conseqüentemente, no momento em que aparece acompanhado da filha, o sofrimento parece ser atenuado.

Vindo ao encontro do discurso dos Cuidados Paliativos, os filmes apresentam seus personagens sem perspectivas de cura recebendo cuidado domiciliar. O cinema ensina que é fora do hospital que o doente fora de possibilidades terapêuticas de cura deve viver seus últimos dias, para que tenha maior qualidade de vida. Em *O Amor pode dar Certo*, a médica de Griffin insiste para que ele se interne no hospital para retardar o processo patológico, objetivando prolongar sua vida, mesmo após ser constatada a impossibilidade de cura de seu câncer. O personagem, entretanto, responde: “*Não vou passar o que resta da minha vida num hospital. Não enquanto eu puder evitar, pelo menos*”. Percebemos, nessa fala, a recusa do doente em ficar hospitalizado, apesar da insistência da médica, que argumenta quanto à

possibilidade de prolongar a vida de seu paciente. Assim, torna-se aparente no discurso fílmico a importância da qualidade (e não da quantidade) de vida nesse estágio da doença. Esta lição também é visível em *Antes de Partir*. É no ambiente hospitalar onde Edward e Carter apresentam os principais sintomas do câncer. Quando decidem realizar uma lista com seus últimos desejos, abandonam o hospital para pô-los em prática. É fora desse ambiente onde os personagens aparentam um corpo praticamente sem doença, como mostra a figura 39:



Figura 39 – Fora do hospital. Extraída do filme *Antes de Partir*.

Nessa cena, Edward e Carter fazem um passeio pelas selvas africanas, ao mesmo tempo em que cantam uma música animada. Imagens como essa, de *Antes de Partir*, a qual estampa sorrisos nos rostos de doentes com câncer em seus últimos dias de vida, tendo belas paisagens como pano de fundo, conferem um sentido de saúde e felicidade aos pacientes que não estão hospitalizados, fortalecendo, mais uma vez, o discurso do hospital como local da doença.

Por outro lado, o cinema mostra que não basta estar em casa, mas que o lugar deve estar equipado para acolher o corpo doente, munido de cama hospitalar, cadeira de rodas ou andador, medicamentos, profissionais “preparados” e alimentação “adequada”. Em *Minha Vida*, quando Bob é informado pelo médico que tem pouco tempo de vida, devido ao prognóstico negativo da doença, é incentivado, pelo médico, a passar seus últimos dias em casa. Mas, para isso, o médico afirma que será necessário uma enfermeira: “Podemos hospitalizá-lo, mas o tratamento domiciliar também é eficaz e poderá ficar em casa. Posso

lhe recomendar uma enfermeira. Devo avisá-lo que irá ter fraqueza nos músculos. Caminhar e erguer coisas vai se tornar difícil. Por isso, seria bom ter ajuda profissional”. Em *Duas Semanas* nenhuma cena é ambientada no hospital e a personagem aparece sem possibilidades de cura desde a primeira cena. Anita recebe cuidados em sua casa, mas esse ambiente é caracterizado pelos objetos hospitalares, produzindo um efeito de hospitalização do corpo doente: cateteres, morfina, oxigênio, acesso venoso, soro e pijamas participam de seus últimos momentos, como podemos observar através da figura 40:



Figura 40 – Internação domiciliar. Extraída do filme *Duas Semanas*.

É notável, o ambiente doméstico onde ela se encontra, mas também é possível perceber a conexão de Anita com o mundo hospitalar: a personagem frequentemente aparece vestida de pijamas, com seu corpo ligado a uma bomba de infusão recebendo medicamentos, contrastando com o aspecto dos personagens “não doentes”. Nos demais filmes, essa diferenciação também é percebida em algumas cenas em que os personagens encontram-se fora do ambiente hospitalar, especialmente através do vestuário. Percebo que, em algumas cenas dos filmes, os personagens doentes estão de roupas escuras, contrastando com as roupas claras dos seus familiares e dos profissionais de saúde que os cuidam, num esforço de distinguir o corpo “cheio de vida” do corpo “cheio de morte”, como mostra a figura 41:



Figura 41 – Vida x Morte. Extraída do filme *Minha Vida*.

Na cena de *Minha Vida*, Bob acompanha sua esposa, grávida, em uma consulta médica. Nesse momento, enquanto o médico realiza a ecografia em Gail, o casal olha a imagem do bebê reproduzida na tela. Bob é mostrado como um corpo “cheio de morte”, ao ser caracterizado com vestimenta escura, contrastando com um ambiente “cheio de vida”, apresentado pela roupa clara de Gail, bem como pela presença do olhar direcionado a uma tela que mostra uma criança que vai nascer, tida como um símbolo de vida em nossa cultura. Um detalhe que me chamou a atenção foi o quadro localizado ao fundo do cenário, entre Bob e Gail. O quadro mostra uma criança sendo segurada por um homem, provavelmente o pai. O modo como o quadro é iluminado parece refletir a condição vivida por Bob: a criança, recebendo mais iluminação, pode ser vista como o corpo “cheio de vida”, enquanto o homem, obscurecido, é constituído como o corpo “cheio de morte”.

Ainda em *Minha Vida*, a cama hospitalar é apresentada como objeto que é indispensável para acomodar Bob em sua casa, como podemos visualizar na figura 42:



Figura 42 – Cama hospitalar. Extraída do filme *Minha Vida*.

Observamos a cama hospitalar, cheia de rodas e adaptadores, instalada na casa de Bob, provocando certo “caos” naquele ambiente, após sua chegada. A esposa de Bob, Gail, aparece com a atenção voltada somente para a cama recém instalada. Consequentemente, o olhar do espectador também se dirige ao objeto. Com isso, percebemos que, mesmo que o personagem não esteja hospitalizado, a inserção do hospital transpassa, de alguma forma, a assistência domiciliar dada ao paciente com câncer. Logo, o corpo doente é diferenciado num ambiente tido como “cheio de vida”. Penso que esse modo de significar a entrada do hospital no domicílio nos dá a ideia de que o câncer transforma não só o corpo, mas também o espaço onde ele se localiza, que se torna carregado de caracterizações que remetem à doença.

Deste modo, os filmes nos ensinam que, mesmo em casa, doentes com câncer necessitam de certas aparelhagens para que possam ser cuidados da maneira “certa”. É interessante observar que os personagens, tanto os doentes quanto as pessoas que fornecem suporte a eles, não possuem dificuldades financeiras que impediriam o acesso a essas aparelhagens promotoras do “bom” cuidado. Ainda que a prosperidade financeira seja uma marca dos filmes hollywoodianos, essa condição que envolve os personagens faz com que aprendamos que, para que o doente seja “bem” cuidado, dinheiro não deve faltar. Essa ligação do câncer com a prosperidade financeira é trazida por Sontag, quando afirma que “o câncer é uma doença da vida de classe média, uma doença ligada à fartura, ao excesso”^(14:20). Tal discurso pode ser visualizado na figura 43, de *Minha Vida*, quando a câmera filma, em plano-detalle, uma nota de locação de cama hospitalar, com o valor mensal “devidamente”

especificado, para que o espectador possa compreender os custos demandados pelos cuidados dispensados ao doente com câncer:

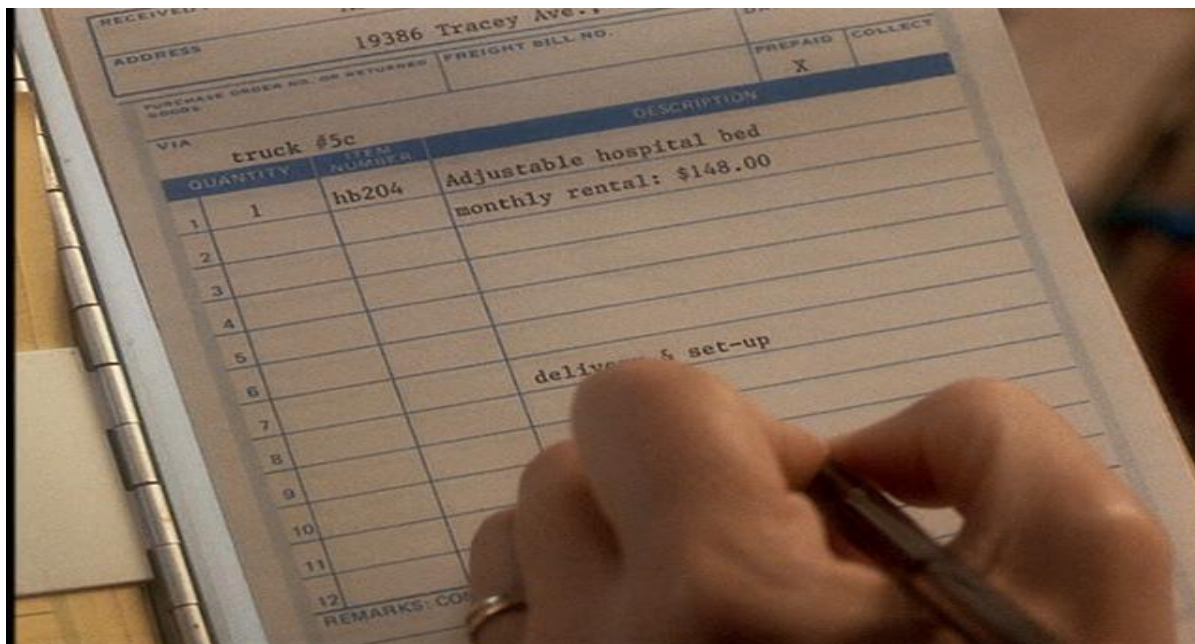


Figura 43 – Despesas. Extraída do filme *Minha Vida*.

Permeando todas essas características, que compõem o quadro referente ao cuidado com o doente com câncer, está a fragilidade desse corpo. Como assim? Ora, se “reprisarmos” as imagens que estão estampadas ao longo destas páginas, com cenas de sintomas, hospitalização, isolamento, sofrimento, não poderemos deixar de significar o corpo com câncer como corpo frágil. Inclusive, a forma de filmar os personagens contribui para essa caracterização. Percebo que é frequente o uso do ângulo alto como forma de capturar as imagens do doente. Tal posicionamento de câmera é um recurso cinematográfico em que os personagens são filmados de cima para baixo, como se fosse um “mergulho”. Esse tipo de recurso é utilizado para diminuir a força dos personagens que estão sendo filmados, dando a ilusão de inferioridade, fragilidade e vulnerabilidade em tais personagens. Nos filmes analisados, percebo que, principalmente nas cenas gravadas no cenário hospitalar, as tomadas foram realizadas em ângulo alto, que inferioriza e vitimiza os personagens. Dessa forma, o ângulo alto posiciona o corpo doente como se estivesse dominado e impotente perante o câncer. Tal recurso cinematográfico, utilizado no cenário do hospital, colabora com o discurso da transformação do indivíduo em paciente: impotente e obediente perante as separações advindas dessa condição, como podemos visualizar na figura 44:



Figura 44 – Abraço final. Extraída do filme *Love Story: Uma História de Amor*.

Nessa cena, Jenny está hospitalizada. Na companhia de seu marido Oliver, a personagem pede que ele a abrace. Enquanto a câmera os filma em ângulo alto, Oliver deita na cama, ao lado de Jenny, abraçando-a. Essa imagem nos remete à fragilidade tanto do doente quanto do familiar, que também vivencia o processo de adoecimento.

O corpo doente é filmado a partir do ângulo alto não só quando está hospitalizado, mas também quando está realizando exames, quando submetido a tratamento curativo, quando manipulado ou mesmo quando apresenta sintomas decorrentes do câncer e/ou efeitos colaterais da terapêutica utilizada. É o que percebemos na figura 45:



Figura 45 – Fraqueza. Extraída do filme *Tudo por Amor*.

Victor, de *Tudo por Amor*, após uma série de cenas que o mostram sofrendo efeitos colaterais da quimioterapia, aparece fraco, sem forças para se manter em pé, o que é evidenciado pela ajuda que recebe de sua cuidadora Hilary. O ângulo alto opera no sentido de acentuar a fragilidade dos personagens. Assim, penso que, através das imagens, somos subjetivados a olhar os doentes com câncer como frágeis e impotentes. Como afirma Rose^(94:33), pode parecer que pensamentos, sentimentos e ações constituam o sujeito, mas eles nada mais são do que uma construção social, organizada e administrada nos mínimos detalhes, como, nesse caso, a linguagem cinematográfica atua na construção do corpo doente.

Outro modo de caracterizar a fragilidade do personagem doente é o uso da cadeira de rodas e do andador. Em função disso, esses objetos aparecem de forma recorrente nas imagens fílmicas, de forma que acabam sendo caracterizados pelo cinema como artifícios “indispensáveis” na vida do paciente com câncer, como sugerem as figuras 46 e 47:



Figura 46 – Kate na cadeira de rodas. Extraída do filme *Um Amor Verdadeiro*.



Figura 47 – Vivian na cadeira de rodas. Extraída do filme *Uma Lição de Vida*.

Tanto em casa, como observamos na cena de *Um Amor Verdadeiro*, quanto no hospital, visualizável na imagem extraída de *Uma Lição de Vida*, a cadeira de rodas aparece como símbolo da fragilidade do corpo doente. Um corpo fraco, um corpo sem forças é produzido pelo cinema para fabricar a imagem do doente com câncer.

De modo geral, os personagens adotam posições que ensinam como deve ser a vivência de adoecer. Assim, somos constituídos pelo cinema, como se fôssemos sujeitos de um tipo particular, pois nos reconhecemos nas imagens, tanto como doentes quanto como

profissionais, familiares, amigos, enfim, nos reconhecemos também como pessoas que estão frente à doença, de alguma forma. São “práticas de subjetivação” nas quais os seres humanos compreendem a si mesmo, falam a si mesmos e julgam a si mesmos⁽⁹⁵⁾. Essa relação do sujeito consigo é consequência das formas pelas quais suas forças, energias e propriedades são constituídas e moldadas ao serem utilizadas pelo cinema. O cinema é uma das artes que utiliza imagens para capturar o sujeito, fazendo com que espectadores se reconheçam em seus personagens.

4.3 Terceira lição de Hollywood: aprendendo a morrer de câncer

Assim como aprendemos sobre os modos de ver e de cuidar do corpo doente através do discurso hollywoodiano, também aprendemos sobre como esse doente deve/pode morrer. O câncer está, na nossa cultura, intrinsecamente ligado à morte. Com frequência, a doença aparece, nos filmes, relacionada à malignidade, à fatalidade, à sentença de morte, como podemos observar na cena de *Love Story: Uma História de Amor*, quando o Dr. Shapeley anuncia a Oliver que sua esposa está doente: “A Jenny está muito doente. [...] Ela está morrendo”. Sontag⁽¹⁴⁾ afirma que o câncer é considerado muito mais do que enfermidade que, em geral, é fatal. O câncer é identificado como a morte em si. Pacientes recebem sentenças de morte, como em *Minha Vida*: “Lamento dizer, mas lhe resta muito pouco tempo”. A equação câncer = morte pode ser identificada, nos filmes, através das despedidas que permeiam a maioria das narrativas. Além disso, os personagens morrem em quase todos os filmes e, naqueles em que os personagens “sobrevivem”, fica a mensagem anunciando que logo morrerão, o que é visto principalmente pelas cenas de despedidas entre o personagem doente e seus amigos e familiares, como na despedida do casal Sara e Nelson, em *Doce Novembro*: “Tudo que temos são nossas lembranças. Quero que essas lembranças sejam fortes e belas. Se eu souber que serei lembrada dessa forma, encaro qualquer coisa. Nelson, você é minha imortalidade”.

É recorrente o discurso da lembrança daquela pessoa que está morrendo, ou que já morreu, como resultado de um esforço para “imortalizá-la”, principalmente através de uma imagem de seu corpo saudável. É interessante observar que, nos filmes em que os personagens com câncer morrem, de modo geral, a imagem final é a de um corpo saudável, seja ele mostrado através de uma foto capturada pela câmera, ou através de um vídeo deixado

pelo próprio doente para seus amigos e familiares, como ocorre em *Minha Vida* e em *O Mundo de Andy*, com o intuito de serem lembrados, de permanecerem vivos e “cheios de vida” na memória de seus entes queridos. O modo de lembrar o sujeito que morreu fica nítido nas cenas finais de *Uma Lição de Vida*. Após a morte de Vivian, a câmera filma seu rosto em ângulo alto, realizando *zoom-in*, que é um efeito óptico de aproximação repentina do personagem, com a função de dramatizar lances da narrativa⁽²⁹⁾. Enquanto esse movimento é feito ocorre uma sobreposição de imagens, mesclando a foto do rosto de Vivian morta, com a foto do rosto da personagem viva, antes da doença, como podemos observar na figura 48. Finalmente a primeira imagem desaparece, e o filme termina com a foto da personagem viva, com um discreto sorriso, em preto-e-branco, efeito que consolida a ideia de que se trata de uma lembrança do passado:



Figura 48 – Morte de Vivian. Extraída do filme *Uma Lição de Vida*.

É possível observar o desejo de manter na memória a imagem saudável da pessoa que morreu na nossa prática profissional, e mesmo na nossa vida pessoal, quando vivemos experiências de morte de entes queridos ou mesmo quando lidamos com vivências de familiares e amigos de pacientes que morreram. Uma narrativa que remete à vontade que o doente tem de permanecer “imortal” é a de *Minha Vida*. Ao longo do filme, Bob grava vídeos para que seu filho, que está prestes a nascer, o veja após sua morte, que é anunciada ao longo da narrativa. Nos vídeos, Bob deixa recados, dá conselhos, conta histórias, na tentativa de exercer sua “função” de pai (apoiado pelos discursos modernos de paternidade), mesmo com

a ausência de seu corpo. Na cena final do filme, após a morte de Bob, a câmera capta o aparelho de televisão cuja tela reproduz um dos vídeos gravados por Bob, enquanto, de frente para o televisor e de costas para a câmera, seu filho olha a imagem atentamente, reconhecendo que aquele é seu pai, como mostra a figura 49. Na imagem, é possível observar sobre o aparelho de televisão as diversas gravações deixadas por Bob em meio aos brinquedos da criança, mostrando que aquele pai ausente de corpo é tornado presente no cotidiano daquela família, através dos vídeos que parecem cumprir uma função de torná-lo “imortal”:



Figura 49 – Vídeo de Bob. Extraída do filme *Minha Vida*.

A lembrança do corpo saudável também pode ser vista em *Duas Semanas*, que mesmo pretendendo apresentar os estágios finais de Anita que culminam com sua morte, retoma, durante o filme, várias cenas que mostram a personagem no estágio inicial da doença, com aspecto saudável. Além disso, Sara, em *Doce Novembro*, tenta esconder os sintomas de sua doença do namorado Nelson argumentando que quer que ele a veja como uma “*amante da vida*”. A forma como a pessoa morta é “eternizada” na memória dos que ficam pode ser visualizável, também, no filme *Um Amor para Recordar*, quando Landon fala do seu “eterno” amor por Jamie, morta em decorrência do câncer: “*Sempre terei saudade dela. Mas o nosso amor... é como o vento. Não posso ver, mas posso sentir*”. A cena final de *Love Story: Uma História de Amor* mostra Oliver, saindo do hospital após a morte de sua amada Jenny, indo em direção à arquibancada da pista de patinação onde senta, sozinho e pensativo em meio à neve, olhando para o horizonte. O clima de solidão, juntamente com a música triste que

permeia a cena, remete à ideia daquele amor “eterno” que vemos também em *Um Amor para Recordar*, em que o fim do corpo não é o fim do sentimento. Com isso, penso que esse discurso da lembrança do corpo morto, presente nos filmes, aponta para uma pedagogia que ensina que pessoas que morrem devem ser “imortalizadas” através da memória dos vivos, e que essa memória deve “apagar” o corpo doente, devendo fazer permanecer a lembrança do corpo saudável. Isso se deve, talvez, porque a morte do outro nos remete à nossa própria morte, ou seja, a visão dos personagens moribundos abala as ideias defensivas que construímos como muralha contra a ideia de nossa própria morte. Deste modo, a imagem da pessoa morta em nossa memória está muito próxima da imagem que temos de nós mesmos⁽⁴⁵⁾.

Os símbolos constituem uma das formas do cinema apresentar a vivência de uma doença ligada à morte. Esses símbolos podem ser pensados como situações de múltiplos caminhos o que remete às trajetórias vividas pelos personagens doentes, caminhos de duas vias, onde de um lado está a vida e do outro, talvez mais perto, a morte. Caminhos tortuosos, por vezes dolorosos, em que os personagens apresentam sofrimento em cada estágio da doença. Em *Lado a Lado*, o aparelho portátil de quimioterapia utilizado por Jackie é comparado ao videogame *game boy*, e em *Tudo por Amor*, Victor, fraco e com dor, corre por um labirinto. Tais símbolos, novamente, parecem metaforizar a vivência do câncer, relacionando-a a um jogo, a um caminho de ganhos e perdas, de vida e morte, mas, sobretudo, de luta. Ainda em *Lado a Lado*, Jackie, conversando com o filho sobre a terminalidade de sua vida, explica, ao mesmo tempo em que realiza um truque de mágica, que ela estará perto do filho, mesmo não estando visível aos seus olhos: “*você não vai ver meu corpo, mas... [...] você só tem que pensar em mim como... voando em algum lugar. [...] só porque você não vê uma coisa... não significa que ela não esteja lá. [...] você não vai ouvir minha voz... mas bem no fundo... você saberá o que eu estou dizendo*”. A “mágica”, nesse discurso, é que a morte não apaga as pessoas. Novamente, o cinema nos subjetiva através de um discurso de que o fim do corpo não é o fim da vida, dos vínculos afetivos, e que, de alguma forma, os mortos permanecem, nem que seja na memória dos vivos.

Outro símbolo aparece em uma cena de *O Amor pode dar Certo*, quando Griffin e Phoenix, ambos com câncer, se beijam na torre de uma igreja. É noite e a câmera está fora da igreja, filmando a sombra de seus corpos que se encontram atrás de um imenso relógio iluminado, como mostra a figura 50, o que nos faz pensar na questão do tempo de cada um, e talvez no pouco tempo de vida que aqueles personagens com câncer terão:



Figura 50 – Relógio. Extraída do filme *O Amor pode dar Certo*.

Em *Uma Lição de Vida*, Vivian recorre frequentemente aos escritos do poeta John Donne, enquanto está hospitalizada, para significar o processo de adoecer e morrer: *“Aqui o paraíso prescreve o final de minha peregrinação. E minha jornada em vão, ainda que rapidamente, corre neste último ritmo. Meu último espaço. Meus últimos minutos. E a morte voraz vai separar, imediatamente, meu corpo da minha alma”*. Fortalecendo o discurso que remete à terminalidade da vida, ao longo do filme *O Amor pode dar Certo*, Griffin desenha um coração com os dizeres “Griffin ama Phoenix”, no alto de uma caixa d’água. Juntamente com uma música triste, a cena final do filme mostra funcionários apagando esses dizeres, conforme podemos visualizar na figura 51:



Figura 51 – Caixa d’água. Extraída do filme *O Amor pode dar Certo*.

Na imagem acima, visualizamos que o coração é pintado na cor vermelha, podendo ser relacionado, talvez, ao sangue que pulsa, à vida. A cor branca das palavras parece “eternizar” aqueles dizeres. Na cena final, a câmera capta funcionários pintando. A tinta utilizada por eles é da cor cinza e a pintura está “apagando” aquele registro que representava a vida. Penso que talvez a mensagem final dessa narrativa fílmica seja a de que aquele amor vivido entre os personagens será interrompido pelo câncer. Com isso, fica a questão: será que, segundo a lógica do discurso hollywoodiano, o amor permeado pelo câncer pode dar certo, como anuncia o título desse filme?

Assim como no decurso da doença, o momento em que os personagens morrem é acompanhado por tristes trilhas sonoras e pela tristeza de quem fica. Esse momento, quando mostrado, é caracterizado por uma morte serena, apesar da morte em decorrência do câncer ser considerada, segundo Sontag, como “morte espetacularmente deplorável”^(14:21), agonizante, ignóbil, humilhante. Elias⁽⁴⁵⁾, inclusive, conta que Freud, acometido por um câncer de laringe, teve uma morte demorada, permeada por um mau cheiro que mesmo o seu cão mantinha-se longe do doente. Entretanto, as mortes decorrentes do câncer são mostradas pelo cinema de forma bem diferente dessas narrativas. Em *Um Amor Verdadeiro*, Kate passa seus momentos finais de vida serenamente em sua casa, acompanhada de sua filha Ellen, como mostra a figura 52:



Figura 52 – Morte de Kate. Extraída do filme *Um Amor Verdadeiro*.

A cena mostra uma morte serena, reforçada pela iluminação azulada do ambiente, sem dores nem grandes alterações corporais e, talvez sem cheiros. O momento da morte é mostrado de forma tranquila e delicada. Nessa ocasião não há espaço para agonia nem sofrimento, antes vivenciados durante os estágios da doença. Além disso, nem sempre é possível visualizar o corpo morto nesses filmes. Em *Tempo de Recomeçar*, George está no quarto do hospital, acompanhado de sua ex-esposa Robin. Na cena seguinte, para caracterizar a morte de George, Robin aparece sentada ao lado da cama que fora ocupada pelo ex-marido e que agora está vazia. O curioso é que a morte, nesses filmes que têm a doença como tema, é mostrada de forma sutil, ou mesmo silenciada, ao passo que os filmes de guerra, de terror ou mesmo os filmes policiais apresentam o corpo morto em plano-detalle, dando ênfase à morte violenta, apresentando corpos desmembrados, mutilados, desfigurados, manchados de sangue. Será que a morte em decorrência do câncer deve ser amenizada, de acordo com a lógica discursiva de Hollywood? Para Souza⁽⁴³⁾, esse silenciamento da morte se deve, principalmente, à finitude do corpo e às marcas da sua transformação no transcorrer da vida, que se tornam impensáveis na sociedade ocidental, onde a morte é vista como a decadência e a derrota que estão por vir e que, por isso, deve ser evitada a todo o custo. Assim, vejo que tais filmes tendem a silenciar a morte, ou apresentá-la de maneira rápida, do mesmo modo que observamos no cotidiano, quando “não pensamos ou queremos esquecer que ela caminha junto com a vida”^(43:31). Para a autora, a morte assume, em nossa sociedade regida pela vida, uma posição na qual as técnicas reguladoras, e aí se encontram as produções hollywoodianas,

devem fazê-la desaparecer para “fazer viver”. Deste modo, tais produções exercem uma pedagogia que ensina modos de morrer com câncer. Para Elias, a experiência da morte “é variável e específica segundo os grupos; não importa quão natural e imutável possa parecer aos membros de cada sociedade particular: foi aprendida”^(45:11).

Como pudemos observar na imagem anterior, do filme *Um Amor Verdadeiro*, Kate vivencia a morte em casa. Tal ambientação doméstica da morte aparece na maioria dos filmes produzidos após 1990, o que me leva a pensar num retorno a Idade Média, onde as mortes ocorriam predominantemente no domicílio, em conformidade com a filosofia dos Cuidados Paliativos, que pretende fazer com que os doentes morram em suas camas, em suas casas. Conseqüentemente, somos subjetivados a reconhecer o domicílio como o lugar “certo” para morrer.

Um fato interessante que observo nos filmes, em relação às questões da morte do doente com câncer, é sobre a manipulação desse corpo morto que ocorre, sobretudo, nos filmes produzidos no século XXI. Em *Uma Lição de Vida*, quando o Dr. Jason percebe que não há batimento cardíaco em Vivian, chama a CTI e tenta ressuscitá-la, mesmo sabendo que ela havia assinado um termo concordando que não deveria haver investimento para recuperar sua vida, caso houvesse parada cardiorrespiratória. A lição é dada pela enfermeira, que impede que a equipe continue o procedimento. Em seguida, o corpo morto é mostrado sendo manipulado, recebendo cuidados pela enfermeira. Essa cena pode ser visualizável através da figura 53:



Figura 53 – Corpo morto manipulado. Extraída do filme *Uma Lição de Vida*.

O que pode ser observado é a iluminação projetada sobre Vivian e a enfermeira, de modo que esta última parece ser destacada através desse recurso, principalmente, por ter respeitado a “vontade”^r da personagem Vivian. Enquanto isso, o médico, saindo de cena, é “apagado”. É possível pensar nas proposições econômicas a que o cinema se filia, ao contar uma história que propõe evitar dispêndios médicos sobre um paciente que está morrendo, entrando na lógica do “deixar morrer”, e não mais do “fazer viver”. Dessa forma, olhando para essa narrativa, espectadores são subjetivados pelos modos de investimento econômico da lógica do “deixar morrer” doentes sem perspectivas de cura. Com isso não pretendo apontar o que é “certo” ou “errado” no que diz respeito aos procedimentos de ressuscitação de doentes fora de possibilidades terapêuticas de cura, mas assinalar possíveis modos de subjetivação propostos por tais discursos fílmicos.

Observo que em *Antes de Partir e Duas Semanas*, os filmes mais recentes do *corpus* de análise, passa a existir a prática da cremação. Neles, há uma preocupação da família e dos amigos em alocar esse “produto” do corpo em lugar escolhido pelo personagem que morreu. Há também certo cuidado com esse “produto” do corpo, que agora se encontra em uma caixa representando a pessoa que foi cremada. Deste modo, “o disciplinamento do corpo se estende até depois da morte, havendo inclusive uma preocupação com o seu conforto e estética”^(3:113). Podemos perceber esse discurso na seguinte cena de *Duas Semanas*, ilustrada na figura 54, quando Keith, sem saber onde colocar a caixa contendo as cinzas da mãe, no carro, decide “protegê-la”, prendendo-a no cinto de segurança como se fosse também um viajante:

^r O termo “vontade” é marcado entre aspas, porque penso que essa palavra refere-se não a um desejo imanente do indivíduo, mas a uma internalização dos discursos presentes na cultura que se manifestam como expressões naturais da própria vontade⁽⁹⁶⁾.



Figura 54 – Cinzas. Extraída do filme *Duas Semanas*.

Na cena seguinte, os filhos de Anita aparecem jogando as cinzas do corpo da mãe no cemitério. Nesse momento, Keith percebe que o *port-a-cath*^s de Anita está em meio às cinzas. Entendo que a presença desse objeto, estreitamente relacionado ao tratamento do câncer, em meio ao corpo de Anita transformado em pó relembra, mais uma vez, a terapia e a morte pelo câncer.

Para Foucault⁽⁴⁷⁾, a produção do discurso é sempre controlada e selecionada, para que seu conhecimento aleatório possa ser dominado. Com isso, procedimentos de interdição se fazem necessários:

Sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa. Tabu do objeto, ritual da circunstância, direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala: temos aí o jogo de três tipos de interdições que se cruzam, se reforçam ou se compensam, formando uma grade complexa que não cessa de se modificar^(47:9).

O câncer e a morte decorrente dele podem ser considerados, na cultura ocidental, tabus que são objetos de procedimentos discursivos de interdição. Com a crescente produção de filmes que mostram a morte de pessoas com câncer, questiono-me: será que tal corpo doente está deixando de ser um interdito social? Uma fala proferida por um personagem do filme *O Amor pode dar Certo* resume, em minha opinião, o modo como Hollywood pretende tratar a

^s Cateter que é totalmente implantado no corpo. É amplamente utilizado em pacientes que realizam tratamento quimioterápico.

morte decorrente do câncer. A cena se passa em um auditório de uma universidade, onde os personagens Griffin e Phoenix, já informados da impossibilidade de cura de suas doenças, assistem a uma palestra nomeada “*Processos psicológicos da agonia e morte*”. A fala proferida pelo professor é a seguinte: “*A frustração e o medo são baseados na tradição da sociedade de tentar entender tudo... controlar tudo, conquistar tudo. Aprendemos a voar, viajar no espaço, curvar os átomos à nossa vontade... mas não conquistamos a morte. [...] estamos todos morrendo um pouquinho por dia... [...] Pois quando percebemos que nossa vida é finita... Bem, classe, ela é finita, desde o dia em que nascemos. [...] E, no entanto, lembrem-se: a morte faz parte da vida*”. Já em *Tempo de Recomeçar*, após a morte de George, a câmera filma uma linda paisagem de sol e mar. Durante a cena, ouvimos a voz de George, em *off* (recurso cinematográfico em que ouvimos sua voz, mas não vemos seu corpo), deixando uma mensagem “tranquilizadora” para os espectadores: “*Em cada quebrar de onda, eu ouço alguma coisa agora. Nunca tinha ouvido antes. Estou na beira de um penhasco, ouvindo*”. Com isso, parece que, aos poucos, o cinema hollywoodiano tenta mostrar uma morte “aceita”, tanto pelo doente, quanto por sua família. Deste modo, reconheço que Hollywood subjetiva o espectador através de um discurso normalizador da morte. Talvez, como aponta Sontag, “cada vez mais, nossa sociedade considera uma virtude falar justamente daquilo que se considera que *não* deve ser mencionado [grifo da autora]”^(14:89), ou seja, a morte decorrente do câncer.

5 THE END (?)

Acho com alegria que ainda não chegou a hora de estrela de cinema de Macabéa morrer^(1:83).

Não, este não é o fim. Assim como não chegou a hora de Macabéa, do romance de Clarice Lispector “A Hora da Estrela”, morrer, este estudo também não tem um ponto final. Lispector, nessa mesma obra, diz: “enquanto eu tiver perguntas e não houver resposta continuarei a escrever”^(1:11). Penso que os estudos que fazemos trazem mais perguntas que respostas, pois acredito que não existem respostas derradeiras às perguntas que fazemos, mas modos de pensar, diferentes construções de pensamento. As reflexões que fiz acerca das visibilidades e dizibilidades que circulam no cinema hollywoodiano são apenas algumas das múltiplas formas de olhar e problematizar o doente com câncer no cinema. Essas análises não têm a pretensão de prescrever condutas ou de determinar o que é “certo” e o que é “errado” quando se trata de questões relativas ao doente. Primeiro, porque, não estaria condizente com o referencial teórico em que me insiro e, segundo, acredito que tais oposições binárias são produzidas discursivamente. Também não tive a pretensão de criticar, julgar ou enaltecer as produções hollywoodianas. Minha intenção foi, unicamente, problematizar as imagens veiculadas por essa indústria cinematográfica, considerando que esse artefato cultural, ao instituir saberes que produzem regimes de verdade, constitui sujeitos e práticas.

Ao longo do caminho, me deparei com muitas dificuldades. Tive de me aproximar de uma linguagem totalmente nova para mim, tive de aprender a olhar as imagens do cinema não como representativas de uma realidade, mas como constituidoras desta, tive de enfrentar a tão conhecida “síndrome da tela em branco”. Ouvi de muitas pessoas o quanto elas consideravam “fácil” analisar imagens. Ledo engano. Tive de estar atenta, durante todo o processo de análise, a planos, ângulos, cores, expressões, iluminação, entre tantos outros recursos utilizados pelo cinema. Tive de ver, rever, selecionar, transcrever e, ao mesmo tempo, me emocionar com as histórias do chamado “cinemão” hollywoodiano. Certa vez elaborei um trabalho final de uma disciplina, em que descrevi como me sentia enquanto manipulava o *corpus* de análise: “lá estou eu, transcrevendo sem parar. Muito suor e lágrimas também. Porque, haja fluidos para aguentar a labilidade emocional que uma Dissertação causa na gente”. Foi um processo longo e árduo, mas de intenso aprendizado.

Aos poucos, fui adquirindo outra maneira de olhar para aquelas histórias e imagens que apareciam na tela da televisão, que agora assumiam um caráter discursivo que subjetiva espectadores. Olhei para esses textos com olhar de investigadora. Amparada pelo referencial teórico pós-estruturalista, através de argumentos e historicização, busquei conhecer de que maneira o corpo do doente com câncer é apresentado nas imagens e diálogos produzidos pelo cinema hollywoodiano. Tal objetivo não teve a pretensão de encontrar como o corpo doente “realmente” é, ou listar quais os sintomas vivenciados pelos doentes. O que pretendi foi apontar possíveis formas de ler as imagens dos filmes. Utilizando o cinema como artefato pedagógico-cultural que atua na construção de discursividades e, conseqüentemente, de subjetividades, procurei estudar como essa mídia nos ensina a ver o corpo do doente com câncer no que se refere à sua produção, aos cuidados dispensados a ele, e à sua morte.

Como um *trailer*, que mostra recortes de cenas de um filme, destaco aqui alguns pontos analisados por mim nesta pesquisa. Pude observar o quanto o paciente com câncer é utilizado para dar um tom de dramaticidade às narrativas. O cinema se utiliza de variados recursos para ressaltar a expressividade do doente, marcando-o principalmente no rosto, o que acentua a ideia de degradação física conferida ao corpo com câncer. Embora a doença esteja associada ao sentido de degradação do corpo, Hollywood procura tornar invisível marcas visíveis, como mutilações e amputações que muitas vezes ocorrem em certos tipos de cânceres. O corpo com câncer está ligado principalmente à fragilidade, ao definhamento, à perda de controle de si. Embora o discurso cinematográfico demarque claramente quem está doente e quem não está doente, há um cuidado em caracterizar o corpo com câncer de uma forma que não choque espectadores, o que pode remeter à concepção do câncer como doença que não escolhe corpos, ou seja, todos somos alvo. E como o cinema quer entreter, seu discurso não pretende provocar temor público.

O cinema também faz circular o discurso da hospitalização enquanto há possibilidade de cura, e o da internação domiciliar quando não existe mais essa possibilidade. Enquanto o câncer pode ser curado, o discurso do “fazer viver” está presente através do incentivo às técnicas curativas, ao uso das tecnologias, apesar dos intensos efeitos colaterais. Quando o doente encontra-se fora de possibilidades terapêuticas de cura, sobrevém o discurso dos Cuidados Paliativos, em que se destaca a presença da enfermeira. Outra discursividade que circula nos filmes é a da relação do câncer com a morte. Embora a maioria dos personagens morra, as imagens finais são as do corpo saudável, o que parece uma tentativa de silenciar a imagem da doença e imortalizar a da saúde. As mortes são serenas, entretanto, sutis, posto que são filmadas em curto tempo. Além disso, elas acontecem, na maioria dos filmes, não no

hospital, mas em casa, como se houvesse um retorno às mortes da Idade Média. Percebo também que, a partir dos anos 2000, há um discurso que se preocupa com a alocação das cinzas do morto.

Penso que essas formas de ser/ver/pensar o doente são construídas discursivamente, tanto para nós, enfermeiras, quanto para as pessoas em geral. Há um modo “correto” de ser e se comportar, e um modo incorreto, que não entra nessa ordem do discurso. Tais discursos são tão poderosos que se tornam naturalizados, inquestionáveis. Lembrando que tais discursos são datados e transformados, de acordo com o momento histórico e as condições de possibilidade existentes para que eles possam surgir e se manter.

Essas produções acerca de ser um corpo doente, de cuidar desse corpo e de morrer de câncer nos dão pistas sobre como aprendemos a nos relacionar com a doença. São textos que nos capturam através de seus enredos, de seus movimentos, de suas cores, de suas músicas e nos interpelam para que tenhamos uma concepção do que é ter, cuidar e morrer de câncer. Com isso, minha proposta, para o campo da Enfermagem, é provocar reflexões que possam contribuir, de alguma forma, para a assistência e para a docência. Não uma contribuição no sentido prescritivo, de “como fazer” para cuidar desse doente. Minha intenção é modesta. Gostaria que este estudo pudesse proporcionar um outro modo de olhar para esses pacientes: não apenas como corpos onde a doença se manifesta, mas também como corpos cujos sentidos são construídos discursivamente. A Enfermagem, tradicionalmente permeada por discursos dogmáticos, com saberes enraizados, precisa estar atenta às mudanças discursivas ao seu redor. Não para simplesmente acatar tais discursos, mas para questioná-los e permitir que exista um espaço de reflexão sobre suas práticas. E, a partir disso, entender que aprendemos a ver o corpo doente de diferentes formas, nas mais diversas instâncias educativas, sendo o cinema uma delas. Ou seja, o corpo não é fixo, mas é moldado conforme os discursos que circulam na cultura. Por isso, esse estudo não tem um ponto final. É apenas uma das formas de ver o corpo com câncer, é o olhar que eu, mulher, enfermeira, mestrandia, tive sobre as imagens e dizeres que circulam no cinema hollywoodiano, a partir de autores da perspectiva teórica pós-estruturalista que possibilitaram esse modo de olhar. Cada olhar é um olhar. Penso, portanto, que podemos estudar o corpo doente a partir de diversos discursos, sob diferentes olhares.

Mas, se não é o fim, e agora? “E agora – agora só me resta acender um cigarro e ir para casa. Meu Deus, só agora me lembrei que a gente morre. Mas – eu também?!”^(1:87).

CRÉDITOS

- 1 Lispector C. A hora da estrela. Rio de Janeiro: Rocco; 1998.
- 2 Pimenta CA, Mota DD, Cruz DA. Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia. Barueri (SP): Manole; 2006.
- 3 Kruse MHL. Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam às enfermeiras. Brasília (DF): ABEn; 2004.
- 4 Foucault M. Microfísica do Poder. 25ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2008.
- 5 Nelson C, Treichler PA, Grossberg L. Estudos Culturais: uma introdução. In: Silva TT, organizador. Alienígenas na sala de aula: uma introdução aos estudos culturais em educação. 8ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2009. p.7-38.
- 6 Hall S. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. Educ Real. 1997;22(2):15-46.
- 7 Costa MV, Silveira RM, Sommer LH. Estudos Culturais, Educação e Pedagogia. Rev Bras Educ. 2003;23:36-61.
- 8 De Baecque A. Telas: O corpo no cinema. In: Corbin A, Courtine J, Vigarello G, organizadores. História do Corpo: As Mutações do Olhar: O século XX. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p.481-507.
- 9 Foucault M. História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
- 10 Sant'Anna DB. Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade; 2001.
- 11 Varela, J; Alvarez-Uría, F. A maquinaria escolar. Teoria e Educação, Porto Alegre, n.6, p.68-96, 1992.
- 12 Schwengber MS. Donas de si? A educação de corpos grávidos no contexto da *Pais & Filhos* [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
- 13 Andrade SS. Mídia, corpo e educação. In: Meyer DE, Soares RF, organizadoras. Corpo, Gênero e Sexualidade. Porto Alegre: Mediação; 2004. p.107-20.
- 14 Sontag S. Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
- 15 Fabris ETH. O cinema hollywoodiano ensinando como ser homem e mulher. In: IV Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul (ANPEd-Sul): Na contracorrente da Universidade operacional; 2002 nov 26-29; Florianópolis, Brasil [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); 2002 [citado 2009 ago 12]. Disponível em: http://www.ufrgs.br/neccso/word/texto_eli_cinemashollywoodianos.doc.

- 16 Fabris ETH. Hollywood e a produção de sentidos sobre o estudante. In: Costa MV. Estudos culturais em educação. Porto Alegre: UFRGS; 2004. p.257-86.
- 17 Fischer RMB. Pequena Miss Sunshine: para além de uma subjetividade exterior. *Pro-Posições*. 2008;19(2):47-57.
- 18 Bauman Z. Medo Líquido. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2008.
- 19 Fabris ETH. Em cartaz – O cinema brasileiro produzindo sentidos sobre a escola e trabalho docente [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
- 20 Kruse MHL, Rambor A. Os filmes hollywoodianos e a produção de sentidos sobre a enfermeira. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007;28(1):52-61.
- 21 Iguma LT, Oliveira ML, Oliveira SR. O processo de viver nos filmes: velhice, sexualidade e memória em Copacabana. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(1):157-62.
- 22 Erdtmann BK, Nitschke RG, Ribeiro AA. A Excêntrica Família de Antônia: imagens da família contemporânea. *Texto Contexto Enferm*. 2003;12(3):271-9.
- 23 Damasceno MM, Lopes RL, Loureiro MF. Ser-para-a-morte: o cotidiano e o autêntico. *Cogitare Enferm*. 1998;3(1):40-2.
- 24 Damasceno MM, Lopes RL, Loureiro MF, Souza IE. A dimensão cotidiana na assistência à saúde. *Cogitare Enferm*. 1997;2(1):39-43.
- 25 Gonzaga FR, Penna CM, Verdi MI. Mulher: sonho, razão e poder. *Rev Bras Enferm*. 1992;45(2/3):152-4.
- 26 Duarte R. Cinema & Educação. Belo Horizonte: Autêntica; 2002.
- 27 Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRMC. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(6):1335-42.
- 28 Gastaldo D. É a educação em saúde “saudável”? Repensando a Educação em Saúde através do conceito de bio-poder. *Educ. Real*. 1997;22(1):147-68.
- 29 Machado J. Vocabulário do Roteirista [Internet]. 1999 [citado 2009 fev 10]. Disponível em: <http://www.roteirodecinema.com.br/manuais/vocabulario.htm>.
- 30 Martin M. A Linguagem Cinematográfica. São Paulo: Brasiliense; 2007.
- 31 Veiga-Neto A. Foucault & a Educação. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2007.
- 32 Bujes MIE. Alguns apontamentos sobre as relações infância/poder numa perspectiva foucaultiana. In: Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação; 2003 out 5-8; Poços de Caldas, Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: ANPED; 2003

[citado 2009 jul 22]. Disponível em:

<http://www.anped.org.br/reunioes/26/outrostextos/mc07mariaisabelbujes.doc>.

33 Costa MV. Uma agenda para jovens pesquisadores. In: Costa MV. Caminhos investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação. Rio de Janeiro: DP&A; 2002. p.149-56.

34 Araújo IL. Formação discursiva como conceito chave para a arqueogenealogia de Foucault. Revista Aulas – Dossiê Foucault. 2007;(3):1-24.

35 Mohallem AG, Rodrigues AB, organizadoras. Enfermagem oncológica. Barueri (SP): Manole; 2007.

36 Instituto Nacional de Câncer (BR). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro; 2008.

37 Teixeira LA, Fonseca CO. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2007.

38 Bonassa EM, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

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

40 Silva KS, Kruse MHL, Ribeiro RG. Discursos de Enfermeiras sobre morte e morrer: vontade de verdade? Rev Bras Enferm. 2009;62(3):451-6.

41 Ariès P. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.

42 Elias N. A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.

43 Souza NG. Procurando/rompendo marcas no corpo... In: Soares GF, Silva MR, Ribeiro PR, organizadores. Corpo, Gênero e Sexualidade: problematizando práticas educativas e culturais. Rio Grande: FURG; 2006. p.21-33.

44 Menezes RA. Em Busca da Boa Morte: Antropologia dos Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.

45 Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

46 Maciel MGS. A terminalidade da vida e os Cuidados Paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. Prat Hosp [Internet]. 2006 [citado 2008 nov 26];8(47):46-9. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2047/pdfs/mat%2014.pdf>.

47 Foucault M. A ordem do discurso: aula inaugural no *Collège de France*, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 17ª ed. São Paulo: Loyola; 2008.

48 Silva KS, Kruse MHL. As sementes dos Cuidados Paliativos: ordem do discurso de enfermeiras. Rev Gaúcha de Enferm. 2009;30(2):183-9.

- 49 Veiga-Neto A. Olhares... In: Costa MV, organizadora. Caminhos investigativos: novos olhares na pesquisa em educação. 2ª ed. Rio de Janeiro: DP&A; 2002. p.23-38.
- 50 Meyer DEE. Identidades traduzidas: Cultura e docência teuto-brasileiro-evangélica no Rio Grande do Sul [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1999.
- 51 Costa MV. Estudos Culturais – para além das fronteiras disciplinares. In: Costa MV, organizadora. Estudos culturais em educação. Porto Alegre: UFRGS; 2004. p.73-92.
- 52 Peters M. Pós-estruturalismo e filosofia da diferença. Belo Horizonte: Autêntica; 2000.
- 53 Silva AL, Ramos FR. As linhas epistemológicas do conhecimento científico. In: Seminário Nacional de Pesquisa em enfermagem; 2001 maio 27-30; Belém, Brasil [CD-ROM]. Belém: ABEn-PA; 2001.
- 54 Louro GL. Gênero, História e Educação: construção e desconstrução. Educ Real. 1995;20(2):101-32.
- 55 Veiga-Neto A. Michel Foucault e os Estudos Culturais. In: Costa MV, organizadora. Estudos culturais em educação. Porto Alegre: UFRGS; 2004. p.37-72.
- 56 Costa MV. Mídia, magistério e política cultural. In: Costa MV, organizadora. Estudos culturais em educação. Porto Alegre: UFRGS; 2004. p.73-92.
- 57 Giroux HA. Praticando estudos culturais nas faculdades de educação. In: Silva TT, organizador. Alienígenas na sala de aula: uma introdução aos estudos culturais em educação. 8ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2009. p.85-103.
- 58 Frow J, Morris M. Estudos Culturais. In: Denzin NK. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.315-44.
- 59 Sant'Anna DB. Apresentação. In: Sant'Anna DB, organizadora. Políticas do corpo. São Paulo: Estação Liberdade; 1995. p.11-18.
- 60 Souza NG. Representações de corpo-identidade em histórias de vida. Educ Real. 2000;25(2):95-116.
- 61 Soares CL. Corpo, Conhecimento e Educação: notas esparsas. In: Soares CL, organizadora. Corpo e História. Campinas: Autores Associados; 2001. p.109-29.
- 62 Michaud Y. Visualizações: O corpo e as artes visuais. In: Corbin A, Courtine J, Vigarello G, organizadores. História do Corpo: As Mutações do Olhar: O século XX. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p.541-65.
- 63 Fischer RMB. O estatuto pedagógico da mídia: questões de análise. Educ Real. 1997;2(2):59-79.

- 64 Fischer RMB. Foucault e a análise do discurso em educação. *Cad Pesq.* 2001;(114):197-223.
- 65 Associação Brasileira do Câncer. Dramalhões mexicanos. *Revista ABCâncer* [Internet]. 2002 [citado 2008 jun 22];(11). Disponível em: http://www.abcancer.org.br/portal/index.php?module=publicacoes&class=revista&event=materia&id_materia=56.
- 66 Lederer SE. Dark Victory: Cancer and popular Hollywood film. *Bull Hist Med.* 2007;81(1):94-115.
- 67 Rose G. *Visual methodologies*. London: Sage; 2001.
- 68 Fischer RMB, Veiga-Neto A. Foucault, um diálogo. *Educ Real.* 2004;29(1):7-25.
- 69 Rose D. Análise de imagens em movimento. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. p.343-64.
- 70 Kellner D. Lendo imagens criticamente: em direção a uma pedagogia pós-moderna. In: Silva TT, organizador. *Alienígenas na sala de aula: uma introdução aos estudos culturais em educação*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2009. p.104-31.
- 71 Berger J. *Modos de Ver*. Rio de Janeiro: Rocco; 1999.
- 72 Fabris ETH. Cinema e Educação: um caminho metodológico. *Educ Real.* 2008;33(1):117-34.
- 73 Fabris ETH. *Representações de espaço e tempo no olhar de Hollywood sobre a escola* [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1999.
- 74 Foucault M. *A Arqueologia do saber*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.
- 75 Castro E. *Vocabulário de Foucault: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
- 76 Gore JM. Foucault e Educação: Fascinantes Desafios. In: Silva TT, organizador. *O sujeito da educação: Estudos Foucaultianos*. 6ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p. 9-20.
- 77 Marshall J. Governamentalidade e Educação Liberal. In: Silva TT, organizador. *O sujeito da educação: Estudos Foucaultianos*. 6ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p.21-34.
- 78 Paraíso MA. A produção do currículo na televisão: que discurso é esse? *Educ Real.* 2001;26(1):141-60.
- 79 Cardoso Jr HR. Para que serve uma Subjetividade? Foucault, Tempo e Corpo. *Psic Reflex Crit.* 2005;18(3):343-9.

- 80 Alvarez MC. Foucault: corpo, poder e subjetividade. In: Bruhns HT, Gutierrez GL, organizadores. O corpo e o lúdico: ciclo de debates lazer e motricidade. Campinas (SP): Autores Associados; 2000. p.67-77.
- 81 Fonseca MA. Michel Foucault e a constituição do sujeito. São Paulo: EDUC; 1995.
- 82 Corazza S. O que quer um currículo?: pesquisas pós-críticas em Educação. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001.
- 83 Instituto Nacional de Câncer (BR), Coordenação de Prevenção e Vigilância. Brasil: advertências sanitárias nos produtos de tabaco 2009 [Internet]. Rio de Janeiro; 2008 [citado 2010 jun 17]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/brasil_advertencias_sanitarias_nos_produtos_de_tabaco2009b.pdf.
- 84 Kellner D. A Cultura da mídia – Estudos Culturais: identidade e política entre o moderno e o pós-moderno. Bauru (SP): EDUSC; 2001.
- 85 Souza CD. Territórios de Exclusão: educação, saúde e representações de fumantes no espaço público [dissertação]. Canoas: Universidade Luterana do Brasil; 2006.
- 86 Turner G. Cinema como prática social. São Paulo: Summus; 1997.
- 87 Moulin AM. O corpo diante da Medicina. In: Corbin A, Courtine J, Vigarello G, organizadores. História do Corpo: As Mutações do Olhar: O século XX. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p.15-82.
- 88 Pestalozzi BC. Looking at the Dying Patient: The Ferdinand Hodler Paintings of Valentine Godé-Darel. Journ Clin Onc [Internet]. 2002 [citado 2010 jun 9];20(7):1948-50. Disponível em: <http://jco.ascopubs.org/cgi/content/full/20/7/1948>.
- 89 Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 25ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007.
- 90 Fernandes F, Luft CP, Guimarães FM. Dicionário Brasileiro Globo. 27ª ed. São Paulo: Globo; 1993. Curandeiro.
- 91 Said EW. Orientalismo: o Oriente como invenção do Ocidente. São Paulo: Companhia das Letras; 1990.
- 92 Vargas MA, Meyer DEE. *Corpus ex machina*: contatos imediatos porque mediados. In: Couto ES, Goellner SV, organizadores. Corpos mutantes: ensaios sobre novas (d)eficiências corporais. Porto Alegre: UFRGS; 2007. p.123-42.
- 93 Vargas MA. *Corpus ex machina*: a ciborguização da enfermeira no contexto da terapia intensiva [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
- 94 Rose N. Governando a alma: a formação do eu privado. In: Silva TT, organizador. Liberdades reguladas: a pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu. Petrópolis (RJ): Vozes; 1998. p.30-45.

95 Rose N. Inventando nossos eus: In: Silva TT, organizador. Nunca fomos humanos – nos rastros do sujeito. Belo Horizonte: Autêntica; 2001. p.137-205.

96 Larson M. El poder de los expertos: ciência e educación de masas como fundamentos de uma ideologia. Rev Educ. 1988;(285):45-53.

ANEXOS – Roteiros do *corpus* fílmico

A seguir, apresento as sinopses e as informações técnicas[†] dos quinze filmes que compõem o *corpus* de análise.

[†] Fontes: *sites All Media Guide: all movie* (<http://www.allmovie.com>), Adoro Cinema (<http://www.adorocinema.com.br>), Filmes de Cinema (<http://www.filmesdecinema.com.br>), Locadora de filmes Espaço Vídeo (<http://www.espacovideo.com.br>) e Locadora de filmes *Net Movies* (<http://www.netmovies.com.br>) e informações técnicas reproduzidas nos próprios filmes.

ANEXO A – *Love Story: Uma História de Amor*

Ficha técnica

Nome original: Love Story

Versão em português: Love Story: Uma História de Amor

Duração: 100 minutos

Direção: Arthur Hiller

Roteiro: Erich Segal

Música: Francis Lai

Fotografia: Richard C. Kratina

Edição: Robert C. Jones

Produção: Howard G. Minsky

Estúdios: Paramount Pictures / Love Story Company

Procedência: EUA

Gênero: Romance

Ano: 1970

Elenco principal

Ali MacGraw (Jennifer Cavillari)

Ryan O'Neal (Oliver Barrett IV)

Ray Milland (Oliver Barrett III)

John Marley (Phil Cavillari)

Sinopse

Oliver Barrett IV (Ryan O'Neal), um estudante de Direito de Harvard, conhece Jenny Cavillari (Ali MacGraw), uma estudante de música de Radcliffe. Um rápido envolvimento surge entre eles, sendo que logo decidem se casar. No entanto, Oliver Barrett III (Ray Milland), o pai do jovem, que é um multimilionário, não aceita tal união e deserda o filho. Algum tempo depois de casados ela não consegue engravidar e, ao fazer alguns exames, se constata que Jenny está muito doente.

ANEXO B – *Glória e Derrota*

Ficha técnica

Nome original: Brian's Song
Versão em português: Glória e Derrota
Duração: 73 minutos
Direção: Buzz Kulik
Roteiro: William Blinn
Música: Michel Legrand
Fotografia: Joseph Biroc
Edição: Bud S. Isaacs
Produção: Paul Junger Witt
Estúdios: Columbia Pictures
Procedência: EUA
Gênero: Drama
Ano: 1971

Elenco principal

James Caan (Brian Piccolo)
Billy Dee Williams (Gale Sayers)
Jack Warden (George Halas)
Judy Pace (Linda Sayers)
Shelley Fabares (Joy Piccolo)

Sinopse

Brian Piccolo (James Caan) é um jogador de futebol americano do Chicago Bears. Ele tem uma grande amizade com o superstar Gale Sayers (Billy Dee Williams), que além de aumentar a rivalidade dos dois dentro de campo é o que lhe dá forças para superar sua doença: o câncer.

ANEXO C – *Laços de Ternura*

Ficha técnica

Nome original: Terms of Endearment

Versão em português: Laços de Ternura

Duração: 132 minutos

Direção: James L Brooks

Roteiro: James L. Brooks, baseado em livro de Larry McMurtry

Música: Michael Gore

Fotografia: Andrzej Bartkowiak

Edição: Richard Marks

Produção: James L. Brooks

Estúdios: Paramount Pictures

Procedência: EUA

Gênero: Drama

Ano: 1983

Elenco principal

Shirley MacLaine (Aurora Greenway)

Debra Winger (Emma Horton)

Jack Nicholson (Garrett Breedlove)

Danny DeVito (Vernon)

John Lithgow (Sam Burns)

Jeff Daniels (Flap)

Sinopse

Aurora (Shirley MacLaine), uma viúva, e Emma (Debra Winger), sua filha, apesar de se amarem têm uma relação conflituosa. Entretanto, tudo muda quando a filha descobre que está com câncer e, ao mesmo tempo, toma consciência de que foi traída por Flap (Jeff Daniels), seu marido.

ANEXO D – *Tudo por Amor*

Ficha técnica

Nome original: *Dying Young*

Versão em português: *Tudo por Amor*

Duração: 111 minutos

Direção: Joel Schumacher

Roteiro: Richard Friedenberg, baseado em livro de Marti Leimbach

Música: James Newton Howard

Fotografia: Juan Ruiz-Anchía

Edição: Robert Brown e Jim Prior

Produção: Sally Field, Mauri Syd Gayton e Kevin McCormick

Estúdios: 20th Century Fox

Procedência: EUA

Gênero: Drama

Ano: 1991

Elenco principal

Julia Roberts (Hillary O'Neil)

Campbell Scott (Victor Geddes)

Vincent D'Onofrio (Scott Gordon)

Colleen Dewhurst (Estelle Whittier)

David Selby (Richard Geddes)

Ellen Burstyn (Mrs. O'Neil)

Sinopse

Victor Geddes (Campbell Scott) é um jovem de uma família rica, que faz tratamento quimioterápico por ter leucemia. Ele se apaixona por Hillary O'Neil (Julia Roberts), que cuida dele, mas este amor pode gerar consequências trágicas.

ANEXO E – *Minha Vida*

Ficha técnica

Nome original: My Life

Versão em português: Minha Vida

Duração: 102 minutos

Direção: Bruce Joel Rubin

Roteiro: Bruce Joel Rubin

Música: John Barry

Fotografia: Peter James

Edição: Richard Chew

Produção: Hunt Lowry, Bruce Joel Rubin e Jerry Zucker

Estúdios: Columbia Pictures

Procedência: EUA

Gênero: Drama

Ano: 1993

Elenco principal

Michael Keaton (Bob Jones)

Nicole Kidman (Gail Jones)

Bradley Whitford (Paul Ivanovich)

Queen Latifah (Theresa)

Haing S. Ngor (Mr. Ho)

Rebecca Schull (Rose Ivanovich)

Michael Constantine (Bill Ivanovich)

Toni Sawyer (Doris)

Sinopse

Bob Jones (Michael Keaton), proprietário de uma empresa de relações públicas, tem um casamento sólido e feliz. Gail Jones (Nicole Kidman), sua mulher, espera um filho. Bob tem um câncer inoperável e está com os dias contados. Com isso, decide então gravar um vídeo para o filho, se apresentando e passando para ele toda sua experiência, desejando muito estar vivo no dia de seu nascimento.

ANEXO F – *Lado a Lado*

Ficha técnica

Nome original: Stepmom

Versão em português: Lado a Lado

Duração: 125 minutos

Direção: Chris Columbus

Roteiro: Gigi Levangie, Jessie Nelson, Steven Rogers, Karen Leigh Hopkins e Ronald Bass, baseado em estória de Gigi Levangie

Música: John Williams

Fotografia: Donald M. McAlpine

Edição: Neil Travis

Produção: Michael Barnathan, Chris Columbus, Wendy Finerman, Patrick McCormick e Mark Radcliffe

Estúdios: TriStar Pictures

Procedência: EUA

Gênero: Drama

Ano: 1998

Elenco principal

Julia Roberts (Isabel Kelly)

Susan Sarandon (Jackie Harrison)

Ed Harris (Luke Harrison)

Jena Malone (Anna Harrison)

Liam Aiken (Ben Harrison)

Lynn Whitfield (Dr. Sweikert)

Sinopse

Anna (Jena Malone), uma jovem de doze anos e Ben (Liam Aiken), um garoto de sete, filhos de pais separados, não aceitam a nova namorada de seu pai Luke (Ed Harris), uma bela e renomada fotógrafa chamada Isabel (Julia Roberts). O garoto ainda tolera a situação, mas a adolescente não se conforma com a separação e com fato de seu pai e a namorada viverem juntos, pois isto significa que as chances de reconciliação de seus pais se tornam quase nulas. Por sua vez, a mãe das crianças, Jackie (Susan Sarandon), ainda alimenta essa briga, fazendo o gênero "mãe perfeita". A fotógrafa faz de tudo para agradar as crianças, chegando ao ponto de dar tanta atenção aos enteados que acaba perdendo o emprego, pois deixou de ser a profissional competente que era. Até que uma notícia inesperada muda completamente a relação entre os familiares. Jackie vê que sua atitude precisa mudar porque ela está com câncer e tem pouco tempo de vida.

ANEXO G – *Um Amor Verdadeiro*

Ficha técnica

Nome original: One True Thing
Versão em português: Um Amor Verdadeiro
Duração: 127 minutos
Direção: Carl Franklin
Roteiro: Karen Croner, baseado em livro de Anna Quindlen
Música: Cliff Eidelman
Fotografia: Declan Quinn
Edição: Carole Kravetz
Produção: Jesse Beaton e Harry J. Ufland
Estúdios: Universal Pictures
Procedência: EUA
Gênero: Drama
Ano: 1998

Elenco principal

Meryl Streep (Kate Gulden)
Renée Zellweger (Ellen Gulden)
William Hurt (George Gulden)
Tom Everett Scott (Brian Gulden)
Lauren Graham (Jules)
Nicky Katt (Jordan Belzer)
Patrick Breen (Sr. Tweedy)

Sinopse

Narrado quase todo em flashback, retrata os últimos meses da vida de Kate Gulden (Meryl Streep), que está morrendo de câncer. George Gulden (William Hurt), o marido e escritor frustrado, alegando que não pode cuidar da esposa por ter uma vida profissional intensa, pressiona Ellen Gulden (Renée Zellweger), a filha, para largar seu emprego de jornalista em Nova York e sua vida particular para cuidar da mãe. Ellen concorda a contragosto, pois além de prejudicar sua carreira, se vê em um contexto social totalmente estranho.

ANEXO H – *O Mundo de Andy*

Ficha técnica

Nome original: Man on the Moon
Versão em português: O Mundo de Andy
Duração: 118 minutos
Direção: Milos Forman
Roteiro: Scott Alexander e Larry Karaszewski
Música: Anita Camarata
Fotografia: Anastas N. Michos
Edição: Lynzee Klingman e Christopher Tellefsen
Produção: Danny DeVito, Michael Shamberg e Stacey Sher
Estúdios: Universal Pictures
Procedência: EUA
Gênero: Comédia dramática
Ano: 1999

Elenco principal

Jim Carrey (Andy Kaufman/Tony Clifton)
Danny DeVito (George Shapiro)
Courtney Love (Lynne Margulies)
George Shapiro (Dono Do Clube)
Paul Giamatti (Bob Zmuda/Tony Clifton)

Sinopse

Cinebiografia de Andy Kaufman (Jim Carrey), considerado o mais excêntrico, inovador e enigmático comediante de seu tempo. Um mestre em provocar o público, Kaufman podia gerar gargalhadas, um silêncio sepulcral, lágrimas ou até mesmo brigas, o que lhe valeu a fama de gênio da comédia americana. Sua história é interrompida por um câncer de pulmão.

ANEXO I – *Uma Lição de Vida*

Ficha técnica

Nome original: Wit

Versão em português: Uma Lição de Vida

Duração: 99 minutos

Direção: Mike Nichols

Roteiro: Emma Thompson e Mike Nichols, baseado em peça teatral de Margaret Edson

Música: Henryk Mikolaj Gorecki, Charles Ives, Arvo Pärt e Dmitry Shostakovich

Fotografia: Seamus McGarvey

Edição: John Bloom

Produção: Simon Bosanquet

Estúdios: HBO Films

Procedência: EUA

Gênero: Drama

Ano: 2001

Elenco principal

Emma Thompson (Vivian Bearing)

Christopher Lloyd (Dr. Kelekian)

Eileen Atkins (E.M. Ashford)

Audra McDonald (Susie Monahan)

Jonathan M. Woodward (Jason Posner)

Sinopse

Vivian Bearing (Emma Thompson) é uma professora universitária que leciona poesia inglesa e descobre, através do Dr. Kelekian (Christopher Lloyd), um oncologista famoso, que tem um câncer de ovário em estágio avançado. Assim, ela terá de fazer um tratamento radical, que resultará em efeitos colaterais, mas não há outra opção, pois suas chances de cura são mínimas. Durante o tratamento, Vivian analisa suas reações à doença, o tratamento e fatos marcantes da sua vida. Ela é burocraticamente assistida por Kelekian, que só se importa com o resultado sem levar em conta os efeitos que causam na paciente. Além dele há Jason Posner (Jonathan M. Woodward), um médico que foi aluno de Vivian, e Susie Monahan (Audra McDonald), a enfermeira-chefe e também a única pessoa no hospital que a trata com calor humano, calor este que ela nunca teve com seus alunos, mas agora anseia intensamente.

ANEXO J – *Doce Novembro*

Ficha técnica

Nome original: Sweet November

Versão em português: Doce Novembro

Duração: 119 minutos

Direção: Pat O'Connor

Roteiro: Kurt Voelker

Música: Christopher Young

Fotografia: Edward Lachman

Edição: Anne V. Coates

Produção: Elliott Kastner, Steven Reuther, Deborah Stoff e Erwin Stoff

Estúdios: Warner Bros.

Procedência: EUA

Gênero: Romance

Ano: 2001

Elenco principal

Keanu Reeves (Nelson Moss)

Charlize Theron (Sara Deever)

Jason Isaacs (Chad)

Greg Germann (Vince Holland)

Liam Aiken (Abner)

Sinopse

Nelson Moss (Keanu Reeves) é um atarefado executivo que só pensa em seu trabalho e parece ter se esquecido o que é ser amado por alguém. Até que conhece Sara Deever (Charlize Theron), que lhe traz novamente um sentimento de romantismo à sua vida. Ela termina convencendo-o a passarem um mês juntos e depois se separarem, pois considera este um tempo suficiente para que possam resolver seus problemas emocionais. Porém, com o passar dos dias Nelson se apaixona cada vez mais por Sara, mas descobre o motivo do medo que ela tem de assumir um compromisso: o câncer.

ANEXO L – *Tempo de Recomeçar*

Ficha técnica

Nome original: Life as a House
Versão em português: Tempo de Recomeçar
Duração: 124 minutos
Direção: Irwin Winkler
Roteiro: Mark Andrus
Música: Mark Isham
Fotografia: Vilmos Zsigmond
Edição: Julie Monroe
Produção: Rob Cowan e Irwin Winkler
Estúdios: Winkler Films
Procedência: EUA
Gênero: Drama
Ano: 2001

Elenco principal

Kevin Kline (George Monroe)
Kristin Scott Thomas (Robin)
Hayden Christensen (Sam)
Jena Malone (Alyssa)

Sinopse

George Monroe (Kevin Kline) é um arquiteto de meia idade que descobre repentinamente que está com câncer e tem pouco tempo de vida. Ele então decide aproveitar o tempo que lhe resta para se aproximar de Sam (Hayden Christensen), seu filho problemático e rebelde, bem como fazer as pazes com Robin (Kristin Scott Thomas), sua ex-esposa. Ao mesmo tempo, George decide construir uma casa, na intenção de deixá-la como herança para Sam.

ANEXO M – *Um Amor para Recordar*

Ficha técnica

Nome original: A Walk to Remember

Versão em português: Um Amor para Recordar

Duração: 101 minutos

Direção: Adam Shankman

Roteiro: Karen Janszen, baseado em livro de Nicholas Sparks

Música: Mervyn Warren

Fotografia: Julio Macat

Edição: Emma E. Hickox

Produção: Denise Di Novi e Hunt Lowry

Estúdios: Warner Bros.

Procedência: EUA

Gênero: Romance

Ano: 2002

Elenco principal

Shane West (Landon Rollins Carter)

Mandy Moore (Jamie Elizabeth Sullivan)

Peter Coyote (Reverendo Sullivan)

Daryl Hannah (Cynthia Carter)

Lauren German (Belinda)

Clayne Crawford (Dean)

Al Thompson (Eric)

Sinopse

Em plenos anos 90, Landon Carter (Shane West) é punido por ter feito uma brincadeira de mal gosto em sua escola. Como punição ele é encarregado de participar de uma peça teatral, que está sendo montada na escola. É quando ele se aproxima de Jamie Sullivan (Mandy Moore), filha do pastor da pequena cidade. Com o tempo, Landon acaba se apaixonando por Jamie que, acometida por um câncer, faz de tudo para escapar desse amor.

ANEXO N – *O Amor pode dar Certo*

Ficha técnica

Nome original: Griffin & Phoenix

Versão em português: O Amor pode dar Certo

Duração: 102 minutos

Direção: Ed Stone

Roteiro: John Hill

Música: Roger Neill

Fotografia: David M. Dunlap

Edição: Plummy Tucker

Produção: Jason Blum, Paul Brooks, Amy Israel, Sidney Kimmel e Ed Stone

Estúdios: Gold Circle Films

Procedência: EUA

Gênero: Drama

Ano: 2006

Elenco principal

Amanda Peet (Sarah Phoenix)

Dermot Mulroney (Henry Griffin)

Sarah Paulson (Peri)

Blair Brown (Eve)

Alison Elliott (Terry)

Lois Smith (Dr. Imberman)

Sinopse

Quando Henry Griffin (Dermot Mulroney) descobre que tem um câncer terminal, ele decide viver o resto de sua vida ao máximo. Enquanto assiste a uma aula sobre a morte na Universidade de Nova York, Griffin conhece Sarah Phoenix (Amanda Peet), com quem logo se envolve. Porém Phoenix também está morrendo de câncer, o que faz com que ambos percebam que o relacionamento que possuem é a última chance que têm para descobrir o amor.

ANEXO O – *Doas Semanas*

Ficha técnica

Nome original: Two Weeks

Versão em português: Duas Semanas

Duração: 98 minutos

Direção: Steve Stockman

Roteiro: Steve Stockman

Música: Heitor Pereira

Fotografia: Stephen Kazmierski

Edição: Debra Chiate, Mark Dennison

Produção: Steve Stockman, Paul Brian Anderson, David Gang, Curt Hahn, Scott Mahalick, John Marias

Estúdios: MGM Pictures

Procedência: EUA

Gênero: Drama

Ano: 2006

Elenco principal

Sally Field (Anita Bergman)

Ben Chaplin (Keith Bergman)

Julianne Nicholson (Emily Bergman)

Tom Cavanagh (Barry Bergman)

James Murtaugh (Jim Cranston)

Michael Hyatt (Carol)

Sinopse

Anita Bergman (Sally Field) tem câncer e está nos últimos dias de sua vida, o que faz com que seus filhos Keith (Ben Chaplin), Emily (Julianne Nicholson), Barry (Thomas Cavanagh) e Matthew (Glenn Howerton) resolvam visitá-la. A intenção deles é ficar com a mãe até sua morte, só que esperavam que isto levasse pouco tempo. À medida que o tempo passa, eles começam a se desentender.

ANEXO P – *Antes de Partir*

Ficha técnica

Nome original: The Bucket List

Versão em português: Antes de Partir

Duração: 97 minutos

Direção: Rob Reiner

Roteiro: Justin Zackham

Música: Marc Shaiman

Fotografia: John Schwartzman

Edição: Robert Leighton

Produção: Alan Greisman, Neil Meron, Rob Reiner e Craig Zadan

Estúdios: Storyline Entertainment

Procedência: EUA

Gênero: Drama

Ano: 2007

Elenco principal

Jack Nicholson (Edward Cole)

Morgan Freeman (Carter Chambers)

Sean Hayes (Thomas)

Beverly Todd (Virginia Chambers)

Sinopse

Carter Chambers (Morgan Freeman) é um homem casado que, há 46 anos, trabalha como mecânico. Submetido a um tratamento para combater o câncer, ele é internado em um hospital. Logo passa a ter como companheiro de quarto, Edward Cole (Jack Nicholson), um rico empresário que é dono do próprio hospital. Edward deseja ter um quarto para si, mas, como sempre pregou que em seus hospitais todo quarto precisa ter dois leitos para que seja viável financeiramente, não pode ter seu desejo atendido, já que isso afetaria a imagem de seus negócios. Edward também está com câncer e, após ser operado, descobre que tem poucos meses de vida. O mesmo acontece com Carter, que decide escrever a "lista da bota", algo que seu professor de filosofia na faculdade passou como trabalho muitas décadas atrás. A lista consiste em desejos que Carter deseja realizar antes de morrer. Ao tomar conhecimento dela, Edward propõe que eles a realizem, o que faz com que ambos viagem pelo mundo para aproveitar seus últimos meses de vida.