



## **CORPO E TERRITORIALIDADE: APONTAMENTOS SOBRE DISPOSITIVOS HOSPITALARES DE SUBJETIVAÇÃO**

Conrado Neves Sathler (UFGD/conradosathler@ufgd.edu.br)<sup>1</sup>

154

### **RESUMO:**

Este texto procura analisar como os corpos hospitalizados são percebidos segundo o dispositivo da territorialidade. A escolha do objeto - corpo hospitalizado - se deu devido a centralidade dos valores sociais ligados à imagem em decorrência da pós-modernidade, das práticas clínicas e de controles da população devido ao conjunto histórico de práticas de cuidados tanto ao sujeito singular quanto ao coletivo e, também, ao papel educacional desempenhado pelos hospitais-escola na docilização dos corpos e na manutenção das estruturas de produção e de comportamentos hierarquizados no campo dos trabalhos intelectuais nas esferas administrativas e técnicas em detrimento dos trabalhos realizados por sujeitos menos letrados. O trabalho, além de expor algumas de suas dinâmicas em Dourados - MS, aponta como se dá a territorialização hospitalar pelas regras da circulação, da fala e das vestimentas. Essa dinâmica se relaciona com os processos de individualização dos corpos e de diferenciação dos sujeitos. A conclusão reafirma as condições de discriminação que passam as populações indígenas, os pacientes psiquiátricos e os trabalhadores na territorialização dos hospitais e como este processo institucional produz subjetividades marcadas pelos estigmas e preconceitos.

Palavras-chave: Corpo, Subjetividade, Território.

### **SUMMARY:**

This article aims to analyze how hospitalized bodies are perceived according to the territory method. The subject - hospitalized body - was chosen due to the centrality of social values attached to the image attributed to postmodernism, clinical practice and population control due to the historical set of care practices for patients both individually and collectively, and also, the educational role of teaching hospitals in docilization of bodies and maintenance of production and hierarchical behavior of structures in the field of intellectual work in administrative and technical spheres at the expense of the work done for less literate subjects. The work, in addition to exposing some of its dynamics in Dourados - MS, indicates how the hospital territories are formed by the rules of movement, speech and dress. This dynamic is related to the processes of the individualization of bodies and differentiation of subjects. The conclusion reaffirms the discrimination that affects indigenous people, psychiatric patients and workers in hospital territories and how this institutional process produces subjectivity marked by stigma and prejudice.

Keywords: Body, Subjectivity, Territory.

---

<sup>1</sup> Doutor em Linguística Aplicada pela Universidade Estadual de Campinas, docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas (FCH) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD).



## INTRODUÇÃO

O hospital, como o conhecemos, tem sido protagonista de algumas transformações observáveis em toda a sociedade, e aqui buscaremos expor algumas facetas dessas transformações no que tange a concepção de seu objeto central: o corpo. O corpo no hospital será, então, o nosso objeto de análise, pois consideramos o hospital um ponto nodal das práticas e dos discursos sobre ele e, por isso, representa um dispositivo institucional não somente das práticas médico-terapêuticas, típicas das clínicas individuais, e, como consequência do poder sobre a cura e a sobrevivência, enfim, sobre vida e morte, o hospital torna-se também um dispositivo das práticas de controle da população vista como objeto coletivo, ou seja, é um vetor da biopolítica (cf. Ferla et al, 2011).

O hospital, especialmente o hospital de ensino, é meu objeto de investigação, sendo um dos focos nos últimos anos de minha atividade profissional. Isto ocorre em função das atividades docentes e de extensão desempenhadas por mim. Desde minha entrada na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), há cinco anos, venho trabalhando como tutor da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), formação profissional especializada promovida no âmbito do Hospital Universitário (HU). Em Dourados – MS -, essa formação se dá também em instituições parceiras, sendo elas ligadas à Atenção Básica à Saúde – com a população geral do território -, mas, em nosso caso, destacamos a parceria com o subsistema da Saúde Indígena. Além da esfera primária da Atenção à Saúde, a RMS também atua no hospital da missão Caiuá, nome pelo qual é conhecido o Hospital e Maternidade Indígena Porta da Esperança. Além desse parceiro, o Hospital Evangélico de Dourados, a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal e a Secretaria Especial de Saúde Indígena estão associados como cenários de práticas e de ensino. Cabe esclarecer que o sistema de saúde é um sistema universal, logo, a saúde indígena não está restrita às instituições indígenas.

Este esclarecimento se faz necessário porque, ao longo do trabalho, observaremos reflexos sobre o controle dos corpos e as populações indígenas, os trabalhadores e os estudantes terão lugares distintos em nossa narrativa.

Além da participação como tutor, outra experiência foi fundamental para minha própria afirmação profissional: a participação como orientador de trabalhos de conclusão de curso da RMS e coorientação de uma dissertação de mestrado em Antropologia. Estas atividades



permitiram o desenvolvimento de uma pesquisa docente ligada à instituição hospitalar, sobre suas (micro)políticas e produções de sentido.

Por ser filiado à Análise Institucional do Discurso e compreender que o discurso atravessa as instituições e está presente em todos os pontos da sociedade, que ele é dinamicamente instável, que permanece em constante movimento embora em direções incertas e, assim, que o discurso desloca os sentidos e produz subjetividades, defendemos a ideia geral da disseminação dos discursos, da sua descontinuidade e dispersão. Portanto, ao tratarmos do hospital não falamos de uma instituição isolada, específica e local, mas das práticas discursivas que atravessam e permitem sua existência enquanto repetições e construções que se legitimam em ato.

O objetivo deste trabalho é apontar como a territorialidade produz e delinea corpos no hospital pelas vias administrativas, tecnológicas, clínicas e de ensino. Bem como, na medida do que é possível pela experiência vinda pelas supervisões de trabalhos acadêmicos, tocar os dispositivos de subjetivação agenciados institucionalmente. Assim, o que se pretende passa por um breve mapeamento do hospital, recuperado do trabalho apresentado por Adriele Freire de Souza em sua dissertação de mestrado “Entre Discursos e Territorialidades: Uma análise antropológica das práticas institucionais no Hospital Universitário da Grande Dourados – MS” (SOUZA, 2016), e explorar alguns aspectos referentes aos procedimentos de individualização e produção de corpos nos espaços hospitalares.

## O TERRITÓRIO E A FORMAÇÃO DE SUBJETIVIDADES

Muitas acepções são possíveis ao vocábulo “território” e para evitar uma dispersão de sentidos entre os campos de saber que cercam este trabalho vou buscar uma exposição de como ele é tratado aqui. Não há, no entanto, nenhuma intenção de formar uma definição conceitual a um campo do saber ou interdisciplinar, mas esclarecer como entre várias acepções possíveis me posiciono neste texto, que é, constitutivamente, interdisciplinar.

Dois autores influenciam, num primeiro momento, esta concepção: Foucault e Santos. Foucault (2008) introduz o tema do território afirmando que o espaço físico não identificado por uma administração é o que podemos chamar de meio-ambiente, no entanto, quando o meio ambiente é demarcado por um poder, quando é dominado por uma administração ou ainda quando ele é visto sob a perspectiva de um controle, ele se torna um território.



Somo a esta ideia a perspectiva de Santos (*apud* Junges & Barbiani, 2013: 208) que dá ao território uma descrição que auxilia a aproximação da perspectiva que nos dirige. Território, assume em sua concepção, o espaço das sociabilidades cotidianas. Neste aspecto, um espaço contém não somente um relevo concreto com limites administrativos de um governo, mas uma construção de objetos e o estabelecimento de fluxos que passam a integrar sua organização geográfica. A história, a política e as relações cotidianas, simbólicas e materiais, se dão no território, que desta forma contém as marcas das construções culturais das subjetividades ali produzidas.

O que faz unir estas maneiras de pensar o território é assumir a complementariedade possível na prática de um foco do poder que toca um espaço e com seus fluxos e objetos vão construindo subjetividades e, além das formas e destinos destes sujeitos neles construídos, vão se colando os demais atributos valorativos. Assim, como os objetos de um determinado território, os sujeitos também são valorizados e este valor atribuído não é função da importância intrínseca de cada sujeito, mas valor associado ao lugar que este sujeito ocupa no território.

Os investimentos em políticas públicas têm, nesta perspectiva, um forte componente territorial. As gestões atuais de Saúde e Assistência Social, por exemplo, são fortemente marcadas pelo conceito de território. A base do Sistema Único de Saúde - a Atenção Básica à Saúde -, cujas funções são de educação e prevenção, é organizada pelo território. Desta forma, ao assumir a responsabilidade sanitária sobre um espaço ainda não atendido, se faz uma territorialização, para se apropriar do controle sobre suas qualidades e projetar as atividades que sobre ele se realizarão. Com isso se assume a gestão, a orientação e a responsabilização sobre a saúde, seus riscos, condições de agravo e potencialidades, ou sobre o acesso aos direitos sociais, segundo a inclusão de sujeito ou objeto como parte de um território.

Territorializar assume, nesta altura, o caráter de um método de trabalho governamental. Em meu ponto de vista, um método é uma estratégia governamental que segue uma regra ou um conjunto de procedimentos para execução de uma atividade. De qualquer forma, a palavra método tem uma relação profunda com território. Etimologicamente “Método” é a justaposição de *metha* – através de -, e *hódos* – caminho – (Houaiss, s/d). Assim, estabelecer um método é percorrer um caminho delimitado ou territorializar.



Para efeito de esclarecimento nesta análise, ampliarei o conceito de território e territorialização, para que sejam observados como processos de apropriação de um espaço e recomendação de uma posição subjetiva a quem peleja neste espaço, bem como a observação de uma reserva valorativa que abraça a cada sujeito na ocupação de um lugar.

Evidentemente que esta recomendação de uma posição se trata de uma recomendação institucionalizada, e a condição para que exista uma resistência a esta posição é a condição de liberdade (Foucault, 1984). A construção de lugares, sua estética e os fluxos permitidos pela sua arquitetura e pelos objetos que o compõem capturam as subjetividades. Estas capturas não se dão apenas dos papéis institucionais de cliente ou de agentes institucionais, mas de todos que constituem a instituição, sejam elementos anteriores ou posteriores, internos ou externos a essa construção.

Ao territorializar, portanto, não são somente os clientes aqueles que serão interpelados e, conseqüentemente, valorizados e percebidos, mas toda a população envolvida será administrada pelo poder governamental.

Há, neste processo, uma complexa rede de elementos para uma formação ontológica e para a fixação de identidades, esses elementos são a separação de categorias, a discriminação das diferenças e as distribuições espacial e administrativa, o que significa o uso de técnicas divisórias e de individualização.

Fluenteemente, isso se faz nos hospitais e se faz com os requintes da linguagem técnica biomédica, de grande valor social, devido a sua associação com o poder sobre a vida, sobrevivência ou produção de morte econômica e indolor. Estas práticas discursivas biotécnicas e esta rede de valorização política sustentam um lugar muito investido socialmente no território de saúde.

Como bem apontado por Souza (2016), este sustento vem também das redes de financiamento e de regulação, quer dizer, da rede de encaminhamentos feitos por outros pontos da rede ligados à saúde e a política da região administrativa que compõe o território.

Entretanto, me atendo a alguns aspectos de territorialização internos ao hospital, que naturalizados e justificados pelos seus agentes institucionais são assumidos como naturais aos sujeitos desavisados, contudo, podem, por meio de uma breve análise, serem compreendidos como função ontológica e de práticas absorvidas pela comunidade e reguladora de seus modos de existir.



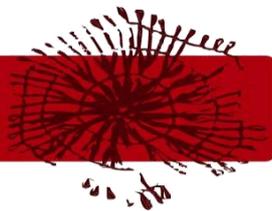
## O HOSPITAL E A TERRITORIALIDADE DA CIDADE PÓS-MODERNA

A história do hospital será aqui negligenciada, visto não ser o centro deste recorte analítico. Preciso somente recuperar o que Foucault relata nos textos do “Nascimento da clínica” (2003) e o “Nascimento do hospital”, capítulo do livro “Microfísica do Poder” (1979: 99 – 111) como princípios da lógica institucional hospitalar. O hospital nasce com o desenvolvimento da disciplina enquanto dispositivo de controle dos corpos e o conhecimento clínico se apodera do corpo individual enquanto a reprodução da população é controlada como corpo coletivo. Estes saberes são objetos do conhecimento médico e da sua instituição operativa por excelência: o hospital geral.

Do ponto de vista institucional são os discursos e as práticas institucionais, com seus sujeitos-dobradiça (GUIRADO, 2010), que mantém e sustentam as instituições que, a princípio, são descartáveis. Assim, como não é preciso haver loja de departamentos para haver comércio, não são necessárias escolas para que ocorra o ato educativo e não é preciso hospital para haver saúde. Assim, a instituição é uma invenção que se institucionaliza em um ponto concreto e interage constantemente com outras instituições, procurando uma lógica de transformação e permanência na medida em que no interdiscurso um conjunto de valores e conhecimentos se agregam e se sustentam mutuamente.

Desta forma, a existência de uma instituição, ou de um conjunto de instituições, se faz atendendo as demandas governamentais de controle e manutenção e reprodução dos meios de produção de verdades e de distribuição dos lucros produzidos.

Há, para atender estas demandas, inúmeros saberes hospitalares e medico-centrados, territorializados pelos poderes que conduzem as cidades. Podemos pensar, *a priori*, que as demandas produzem as instituições. Com esta conexão direta observaria-se uma realidade composta por pequenos pontos de saúde atendendo os maiores problemas de saúde: transtornos mentais, abuso e dependência de drogas, obesidade, hipertensão, traumas *etc..* Mas o exame da realidade da população geral toca outro fato. Há hospitais gerais atendendo demandas específicas de populações específicas. Isso ocorre porque as demandas não são as demandas do corpo-doente, mas da produção de cuidados ou intervenções aos corpos produtivos e distribuídos segundo produções subjetivas específicas.



O que se observa nos hospitais não são apenas os corpos-doente, são também corpos: esculpidos, perfeitos, hipertrofiados, abandonados, violados, negligenciados, intoxicados, debilitados, infectados, explorados, desnutridos, reprodutivos e transformados. Assim, para territorializar estes corpos são necessárias organizações discursivas destas demandas e das populações que as produzem.

Ao naturalizar o hospital como instituição de acolhimento aos doentes corre-se o risco de planificar e indiferenciar demandas identificadas superficialmente à saúde, embora atendam a demandas biomédicas de alguma forma. Indubitavelmente, os problemas relacionados à estética não são doenças no sentido funcional ou estrutural. Para associar estes termos – estética e saúde - o discurso da indústria cosmética associa o conceito de autoestima ao de saúde e afirma que ao produzir beleza dentro de um padrão normativo de uma estação da moda se produz saúde mental. O que, convenha-se, é uma impertinência.

Mesmo impertinente, essa associação está no discurso do espetáculo e da pós-modernidade. O hospital entra no jogo das demandas do homem pós-moderno pelas brechas do hiperconsumo, do hipernarcisismo e do hiperindividualismo, como afirma Lipovetsky (2004). Na pressa característica de encontrar um corpo perfeito, com as promessas de felicidade imediata, com as garantias de sucesso empenhadas pela tecnologia e pelo impulso de poder fazer tudo que está ao seu alcance sem refletir sobre as consequências de cada ato, visto que qualquer coisa pode ser desfeita, o sujeito pós-moderno que se move pelos excessos e vazios psicopatológicos, procura na biomedicina as soluções para suas demandas. O excesso tem nos hospitais e demais clínicas de estética a garantia de circulação de clientes.

No extremo destas instituições médicas para os sujeitos não-doentes há os hospitais tecnológicos. Certamente, para sobreviver na arena das promessas de cura a tecnologia ganha um quinhão considerável de pontos. Existem, no entanto, aqueles centros médicos que sobrevivem da imagem característica do centro de compras e oferece em sua carta de serviços apartamentos com televisão a cabo, internet, frigobar, sala para visitas, transmissão *online* de partos e outros processos compreendendo o nicho da hotelaria de luxo como aspecto central. Há também os que tratam pela determinação do exagero diagnóstico: exames laboratoriais, exames clínicos e de imagens reluzentes. Também há aqueles que a tudo isso ainda associam os discursos de hipercuidado: equipes multidisciplinares, atendimento total em todo o tempo, *check up* completo, cirurgias monitoradas e executadas por cirurgiões robôs, carga imediata.



Estes recursos passam a impressão de que tudo está sob controle, há uma sensação de completude negociada ao sujeito que se sente, constitucionalmente, incompleto.

Há nestes espaços a produção de uma nova subjetividade, o sujeito *cyborg*. Este sujeito, próprio da era pós-digital, engendra em seu próprio corpo a tecnologia dos robôs pela implantação de próteses e torna-se, corporalmente, possuidor de uma parte adaptada tecnologicamente. Este sujeito pode ser visto por meio da ironia de Haraway (2000) que ao apresentar uma antropologia do Ciborgue aponta para um sujeito fragilizado em busca de uma idealização heroica.

Joel Birman (2001) apresenta as novas formas da subjetivação no contexto pós-moderno e nele identifica a ausência de pensamento simbólico, as posições subjetivas dentro e fora-de-si, as patologias da reação e do vazio, indicando uma regularidade de polaridades em jogo: o excesso e a falta. O hospital entra também neste jogo como representante de parte do discurso da cura médica. Mas, no extremo oposto do excesso, há o vazio.

Existem os hospitais para os corpos-doentes no extremo oposto. Para este hospital ninguém vai espontaneamente. Ao contrário, a ida para estes hospitais significa que as coisas não vão bem. Embora sejam também tecnológicos, realizem cirurgias complicadas, atendam pacientes terminais com cuidados paliativos, são caracterizados por atender outra demanda: o paciente encaminhado devido aos seus agravos de saúde. Talvez este seja o caso do hospital de ensino HU/UFGD. É preciso que se diga que não se trata de um hospital malquisto pela população, pelo contrário, as avaliações são positivas. O que está em pauta é a doença e a representação da instituição como espaço reservado aos procedimentos mais arriscados e mais dolorosos.

Então, este espaço, cuja entrada se faz pelas vias da regulação da regional de saúde, cuja administração é feita por um núcleo específico interno (no caso do HU/UFGD, por exemplo), conforme relatou Souza (2016), com aspectos disciplinares e políticos muito específicos. Com territorialidades rígidas sobre quem pode entrar e sair, quem é desejável e indesejável, quem fala e quem cala *etc.*, com características disciplinares e função de separação e proteção social das ameaças de contágio e de proteção ao mais vulnerável, infelizmente, com vagas mais escassas do que o desejável.

Ainda no segmento dos indesejáveis sociais encontram-se as comunidades terapêuticas. Mantendo a lógica de que os sujeitos têm o valor impresso em seus territórios, a essas



comunidades, geralmente periféricas e empobrecidas, mantidas por instituições religiosas, recorrem os usuários de drogas e outros dependentes. Estas instituições recusam a qualificação de instituição de tratamento (BRASIL, 2011a). Ingenuamente se autodesignam como instituições de acolhimento, o que é sinônimo, pois o hospital é exatamente isso, uma instituição de acolhimento temporário de alguém em sofrimento. Dentro dos parâmetros legais são reconhecidas, no entanto, como estabelecimentos de saúde, conforme resolução nº 29 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2011).

Ainda enquanto instituição disciplinar há a função de organizar as populações em desarranjo social. Mal comparando, o hospital age nos sentidos de aparelho ideológico e de aparelho repressivo do Estado (ALTHUSSER, 1985). Com isso assinalo uma dupla função disciplinar, a função de reprodução dos valores sociais, sejam eles referentes aos meios de produção ou referentes a reprodução dos meios e condições de produção.

Desde a emergência do discurso neoliberal, nos anos oitenta do séc. XX, vem se disseminando a ideia de que como tudo tem um custo, todas as coisas devem entrar no jogo do capital. Nesta esfera, aquilo que antes era considerado um Direito e, por isso, excluído do jogo do capital, agora passa a ser percebido pelo seu custo e, então, deve dar lucro e não causar prejuízo.

A Educação e a Saúde entram imediatamente neste jogo, logo podendo ser também incluída a Justiça na esfera comercial, na mesma projeção e intensidade. Assim, terá direito a justiça aquele que puder pagar por ela. A escola e o hospital viram comércios e passam a ser regidos pela lógica da economia e não mais da clínica ou da educação emancipadora.

Mesmo que a concepção nacional de saúde seja a de um Direito garantido pelo Estado, mediante políticas de prevenção, proteção e assistência, esta é uma luta ideológica que se faz no cotidiano de cada instituição, com todas as forças que participam ou desejam participar deste jogo. No centro deste jogo está o corpo.

Abro aqui um parêntese para resgatar o conceito de não-lugar (AUGÉ, 1994), ou lugar não identitário para identificar os ambientes pós-modernos onde o anonimato, a ausência de dados históricos e as características de lugar de passagem sem necessidade de vinculação com outras pessoas caracterizam o espaço. O hospital pós-moderno, com as mesmas características arquitetônicas e decorativas dos centros de compras ou aeroportos, passa a representar uma destas instituições, reproduzindo inclusive práticas e discursos não identitários. Por esta razão,



na minha opinião, estes lugares pós-modernos não podem ser vistos como não identitários, mas identificadores dos sujeitos do vazio e do excesso. Fecho parênteses.

## TÉCNICAS DIVISÓRIAS E DE INDIVIDUAÇÃO NO HOSPITAL

Ainda partindo do trabalho de Souza (2016) que cartografou um hospital apontando os pontos de circulação permitidos e interditados aos diferentes atores, a sistematização da entrada e saída de pacientes, as regras de pesquisa e produção de saberes, as regras de fala e de sua interdição, associando-as à disciplinaridade hospitalar, apontarei algumas técnicas divisórias e de individuação que permeiam estes lugares e organizam a gestão tanto individual quanto coletiva.

Ao entrar em qualquer hospital ou em ambiente de prática biomédica nota-se que a roupa branca é tanto uma regra quanto um código. Muitos autores já discutiram esta questão, associando-a ao poder, à representação religiosa e às questões de higiene. A roupa branca, as paredes brancas e a roupa de cama e banho acentuam a percepção de que lá tudo deve ser alvo. No entanto, acompanhando mais cotidianamente este evento, pode-se observar que há variações de cores e que o branco não é monocromático ou isolado de outras composições.

Há, invariavelmente, nos jalecos brancos um distintivo no bolso e/ou na manga. Este brasão, esta divisa ou insígnia possui função divisória, funcionando de forma velada como as marcas da patente militar. Por um lado, identifica quem a utiliza, contém nome e especialidade. Mas também hierarquiza quem a expõe, pois transporta a autoridade da origem, da afiliação institucional ou do grupo de atuação. Assim, no bolso frequentemente se vê escrito: acadêmico, médico ou o “Dr.” apresentado como titulação. Outra insígnia comum é, além dessa exposição, incluir a especialidade e a Associação que a credencia. Na manga vêm bordado o nome do hospital que o acolhe ou apenas suas siglas. Mas o jaleco pode ser da instituição de origem da graduação, da pós-graduação ou simplesmente de algum lugar de estágio que indique um ponto apurado na formação.

Então, tem-se que o branco e o colorido territorializam, o uniforme azul claro para a limpeza, o avental verde para a cirurgia, a farda cinza para a segurança e a vestimenta inespecífica para os serviços administrativos. O regime de trabalho pode ser decifrado também pela vestimenta. Há, no caso dos hospitais escola que aderiram a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares –EBSERH - servidores em dois regimes de contratação:



os estatutários e os contratados pelas regras da Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT - sem a garantia de estabilidade. Esta é uma diferenciação entre os servidores.

Com o branco os serviços de saúde cumprem a função individualizante, mas também a divisória. Ao indicar que os residentes da RMS devem utilizar jalecos, os introduzem na hierarquia hospitalar ou para a pesquisadora que apenas observará o ambiente fará uma separação: este sujeito está do lado do hospital, é um agente subordinado às regras institucionais e assim o que se fala a ele não tem o mesmo alinhamento do que se fala a outro sujeito não institucionalizado (GUILHON DE ALBUQUERQUE, 1978: 72). Ao territorializar a pesquisadora, apaga suas diferenças, e a inclui entre os agentes institucionais a serviço da gestão hospitalar.

Podemos também notar que o jaleco está sobre alguma outra roupa. Por conseguinte, um estudante frequentemente utiliza o jaleco sobre a roupa usada na escola ou universidade, enquanto o responsável pelo setor de regulação, que é uma função médico-administrativa e política utiliza o jaleco sobre o traje executivo composto por paletó de calças do mesmo tecido e gravata.

O jaleco pode ser substituído pela roupa branca desde que todas as peças sejam brancas. Mas há também a função estética, a roupa branca feminina pode ser combinada com partes em transparência, pode marcar o corpo e como qualquer outra peça, pode delinear o perfil. O jaleco pode complementar também esta função, sendo cinturado, com bordados, rendas *etc.*

O paciente, por sua vez, primeiramente é desterritorializado. Recebe uma roupa institucional, muitas vezes com partes nuas, sendo identificado por uma ficha, as vezes um número de leito e um diagnóstico. A bata que o paciente cirúrgico utiliza é um avental com fios cujas amarras se faz nas costas. Os pacientes ficam expostos e seus corpos impedem a locomoção ou a liberdade de movimentos.

A não permissão para o uso das roupas próprias do paciente privilegiando as roupas da instituição é apresentada pelo sociólogo Goffman (2001) como uma estratégia para apagamento das marcas identitárias anteriores à internação, promovendo a institucionalização mais efetiva na instituição total. Mesmo que no hospital geral a permanência seja restrita, a interdição do uso das próprias roupas, ou esse ato de mortificação, cumpre esta função.

Com isso quero afirmar também que, ao mesmo tempo que a territorialização individualiza, ela valoriza, classifica e estrategicamente apaga diferenças individuais e faz



circular enunciados que representam, o sujeito frente a um outro conjunto de tecnologias ligadas aos cuidados de si.

Essa classificação fruto das diferenças individualizadas podem ser tocadas no ato de caminhar. Tal qual o escravo da antiga Grécia, há nos hospitais, pessoas que não olham para o horizonte ou para cima, não cruzam os olhares. Dois destes sujeitos podem ser citados: o indígena Kaiowá e o trabalhador da limpeza. A rotina hospitalar tem esta peculiaridade, poucos olhares se cruzam, alguns andam olhando para cima e outros olhando para baixo. Na nossa cultura, o olhar para o chão tem um significado de humildade e de subordinação. A limpeza no hospital é um trabalho nobre e complexo, sua falha pode ser tão fatal quanto um erro de medicação. Mas o trabalhador da limpeza é atravessado pelo discurso hierarquizado do trabalho braçal *versus* trabalho intelectual. No território dos doutores, como são tratados os médicos e alguns outros profissionais da saúde, quem não tem escolaridade não tem espaço. Apresento a hipótese de que o olhar frontal que impele à competição, como o olhar do predador, seja tomado pelos indígenas como um olhar desrespeitoso e agressivo, este comportamento não poderia ser bem visto pelos Kaiowá. Por mais paradoxal que seja, esta diferença não sugere qualquer interesse ou ajuda, mas ao contrário, levanta uma atitude de combatividade, justificada pelo julgamento de excessiva passividade e um desprezo ao jogo de poder que neste território está implícito.

Este olhar cabisbaixo, então, provoca algo como este enunciado mudo: já que você anda olhando para baixo e se humilha espontaneamente, vou tratá-lo com humilhação para que tenha validade tua atitude. A Psicanálise chama a esta defesa de identificação projetiva, e esta defesa é altamente regressiva, a atitude diferente toca nos núcleos mais precoces sobre o ensino da postura frente aos outros que se julgam superiores.

Para enquadrar o papel agressivo do agente de punição, lembramos aqui, o papel do capitão-do-mato que tanto se identifica com os agentes policiais em circulação ainda hoje nas polícias. Herdeiros dos representantes das classes escravizadas são elevados a identificação com a classe dominante pelo poder que lhe é delegado pelo patrão, e identificado a este papel, como um fetiche, torna-se um caçador-carrasco dos elementos que estão fora da curva da gestão dos comportamentos.



Esse conjunto tecnológico mais próximo aos cuidados de si e as tecnologias da existência tem o objetivo de colocar o sujeito em contato consigo mesmo e inseri-lo em um jogo de produção de verdades e de práticas da verdade.

## A INSTITUIÇÃO DISCIPLINAR E DE CORREÇÃO ORTOPÉDICA

A organização dos corpos sociais se dá, em parte, nos hospitais. Há territórios manicomiais e territórios judiciários, esses são territórios hospitalares legitimados para esta função corretiva disciplinar. Mas o hospital geral é também um território de punição. Uma parte dessa função punitiva é exercida sistematicamente no jogo de poder institucional. O exemplo mais banal e corriqueiro é o do paciente pejorativamente chamado de não-colaborativo.

Este paciente é institucionalmente maltratado. Então, caso alguém não colabore com a sujeição aos horários, ou solicite da equipe algo que os incomode ou faça denúncias, haverá alguma punição. Estas punições são sutis e acompanhadas de pedidos de sujeição. Nelas, as dietas podem ser empobrecidas, os procedimentos mais dolorosos, os jejuns nas preparações aos exames podem ser aumentados para reafirmar o poder institucional.

A função disciplinar é sobretudo a de docilizar os corpos. Os corpos que incomodam as cidades, as comunidades ou as famílias, e incomodam pelo comportamento inconveniente, pela dor que provocam ou pela desordem que promovem, são encaminhados aos hospitais. Entre estes, os indígenas e os pacientes psiquiátricos são mais visados. Ambos, no entanto, não são disciplinados pelas regras de saúde que suas condições permitem resultar, mas são hospitalizados para se submeterem às condições de disciplinarização, ou sejam, para tornarem-se dóceis, previsíveis, ordeiros e sobretudo produtivos.

Hissa (2002: 201ss) nos ajuda a pensar nas fronteiras criadas para promover as territorializações. No caso dos indígenas cria-se a ideia de separar, ou gerar uma fronteira, entre os civilizados e os não-civilizados (seja lá o significado que isso possa assumir). Nestes termos, civilizado tem a ver com a identidade própria da sociedade envolvente e o não-civilizado com o outro, o diferente, em nosso caso, o indígena. O estigma do indígena hospitalizado é, ao meu ver, este: tudo o que ele faz é apontado como ato selvagem. Assim, o apartamento que tem um indígena é território selvagem: significando sujo, desorganizado, atrasado, incompreensível, não domado, não domesticado. Souza (2016) e Lopes (2016) nos



relatam como se justificam separações e discriminações, com fronteiras físicas e administrativas, dos indígenas hospitalizados. Os pacientes civilizados se recusam a dividir os apartamentos com os indígenas e a gestão cede aos apelos discriminatórios para diminuir o ruído dos conflitos, embora mantenham os conflitos sem qualquer intervenção.

Por vezes, a diferença entre línguas e a dificuldade de comunicação são justificativas para o isolamento indígena. Contudo, não é incomum o indígena defender-se não falando português ou simplesmente não falando, para evitar, desta forma, a carga de agressão pelo contato nas fronteiras hospitalares.

Nesta mesma linha de raciocínio, o “louco” ou o paciente psiquiátrico é identificado ao desregrado, o lunático, o desequilibrado. Assim, precisa ser contido para que não desorganize o racional, o moderno, o equilibrado pelas regras da lógica. Há uma territorialização. Quando internados, os pacientes psiquiátricos têm um espaço demarcado e reservado de circulação. Por vezes, se estão mais agitados, são, ainda, contidos com amarras.

A fronteira entre o espaço do louco e o do não louco é estabelecida no hospital, tal qual o é na cidade. Cumprem a regra da isonomia, pois o mesmo fenômeno que ocorre com uma amostragem aparece na mesma proporção e com as mesmas regras da população geral. Os pacientes psiquiátricos não estão mais nos manicômios e os indígenas não estão fora dos espaços urbanos, mas a circulação destes é incômoda, reprimida, contida e, na medida do possível, interdita.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A territorialização é um dispositivo de produção de subjetividades atrelada aos lugares administrados pelos poderes que se sobrepõem em territórios ocupados por populações que, nestes espaços, são valorizadas e distribuídas.

As populações indígenas, estudantis e trabalhadoras são tomadas como analisadores das produções de valores, hierarquias e acessos a direitos na rede de saúde, em especial, nos hospitais da região de Dourados, MS. Essas populações foram discriminadas por representarem pontos específicos de tensões nessa região.

A territorialidade promove, inclusive, marcas identitárias sobre as quais o sujeito não opta, são marcas impressas no corpo que os classifica e os formam subjetivamente, performaticamente. Assim, indígenas, pacientes psiquiátricos e estudantes, embora se



constituam em sujeitos distintos em seus papéis institucionais, são pontos de fortes investimentos disciplinares e punitivos. O hospital, instituição disciplinar e corretiva em suas funções retira do estudante, por meio de um jaleco, seu lugar de sujeito em formação para atribuir-lhe um lugar de aspirante, coparticipante de um poder, o submetendo ao lugar de agente institucional subordinado.

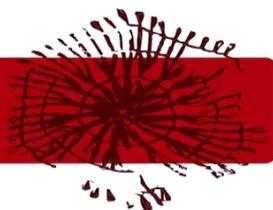
Assim, não é apenas um treinamento de papel ou uma formação profissional de caráter intelectual, mas um exame realizado durante uma espécie de ritual de legitimação de uma posição subjetiva que deverá assumir para investir-se da função profissional ou lugar do poder do especialista, como é o caso dos residentes. Assim, mesmo que esta formação empreenda qualquer reivindicação a favor da clientela ele será corrigido não ao desprezo da clientela, mas ao olhar do ponto de vista da institucionalização de seu lugar. Uma tensão se forma em torno do residente ou do acadêmico que investe em uma resistência e a busca pelo resgate das forças corporativas são acionadas como elementos formadores de uma categoria.

A disciplina e as correções se redobram sobre os sujeitos indígenas e pacientes psiquiátricos, pois estes representam pontos fora da ordem social vigente. Na sociedade capitalista estes atores sociais são incômodos, provavelmente os mais incômodos, de um, diz-se que rasga dinheiro e, o outro, não acumula ou o ambiciona, por princípio. Os usuários ou dependentes de drogas passam por processo semelhante, mas são postos em outras instituições, as manicomiais, como forma de segregação que, na verdade, os pune com discurso de generosidade e os afasta por medo do contágio, como se o uso de drogas fosse disseminado por este vetor: a má companhia.

Estes pontos desviantes da normalidade despertam, então, a reação agressiva por parte do poder policial, em nossa sociedade tão identificados com o capitão-do-mato, por identificação projetiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTHUSSER, Louis. 1985. *Aparelhos ideológicos de estado: Nota sobre os aparelhos ideológicos de Estado*. 3ª ed. Tradução de Joaquim José de Moura Ramos. Rio de Janeiro, Graal.



AUGÉ, Marc. 1994. *Não Lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade*. Tradução de Maria Lucia Pereira. Campinas, Papirus.

BIRMAN, Joel. 2001. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 3ª. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão Especial destinada a promover estudos e proposições de políticas públicas e de Projetos de Lei destinados a combater e prevenir os efeitos do Crack e de outras drogas ilícitas. (CEDROGA). *Relatório Final*. In: <http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/54a-legislatura/politicas-publicas-de-combate-as-drogas/relatorios/relatorio-do-dep.-givaldo-carimbao-autenticado>. (Acessado em 17 de dezembro de 2011).

FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011[Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa]. In: <http://www.febract.org.br/?navega=resolucao>, (Acessado em 08 de setembro de 2016).

FERLA, Alcindo Antônio et al. “Medicina e hospital”. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, 23 (3): 487 – 500.

FOUCAULT, Michel. 2008. *Segurança, Território, População*. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo, Martins Fontes.

FOUCAULT, Michel. 2003. *O nascimento da clínica*. 5ª ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Forense Universitária.

FOUCAULT, Michel. 1979. *Microfísica do Poder*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Graal.

FOUCAULT, Michel. 1984. *História da Sexualidade II, O Uso dos Prazeres*. Tradução de Maria Thereza da costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal.

GOFFMAN, Erving. 2001. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo, Perspectiva.

GUILHON DE ALBUQUERQUE, J.A. 1978. *Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

GUIRADO, Marlene. 2010. *A Análise Institucional do Discurso como analítica da subjetividade*. São Paulo, Annablume.

HARAWAY, Donna et al. .2000. *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. Tradução de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte, Autêntica.



HISSA, Cássio Eduardo Viana. 2002. *A mobilidade das fronteiras: inserções da geografia na crise da modernidade*. Belo Horizonte, UFMG.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosangela. “Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética”. *Rev. Bioét.*, Brasília, 21(2):207-217. In: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422013000200003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000200003&lng=pt&nrm=iso). (Acessado em 07 de setembro de 2016).

LIPOVETSKY, Gilles. 2004. *Os Tempos Hipermodernos*. Tradução de Mário Vilela. São Paulo, Barcarolla.

LOPES, Danilo Cleiton. 2016. *Uma cartografia inicial do (des)cobrimento da saúde dos povos “indígenas-estrangeiros” de Dourados - MS*. Trabalho de conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados.

Método. *Grande dicionário Beta de língua Portuguesa*. In. <http://houaiss.uol.com.br/busca?palavra=m%25C3%25A9todo>. (Acessado em 07 de setembro de 2016).

SOUZA, Adriele Freire de. 2016. *Entre Discursos e Territorialidades: Uma análise antropológica das práticas institucionais no Hospital Universitário da Grande Dourados – MS*. Dissertação de mestrado em Antropologia. Universidade Federal da Grande Dourados.