



ENEPEX

ENCONTRO DE ENSINO,
PESQUISA E EXTENSÃO

8º ENEPE UFGD • 5º EPEX UEMS

ENTRE DITOS E NÃO DITOS: UMA REFLEXÃO SOBRE A PRODUÇÃO EM SAÚDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE DOURADOS/MS.

Adrielle Freire de Souza¹; Conrado Neves Sathler²; Jones Dari Goetttert³

UFGD-PPGAnt. E-mail: adrielle.freire@yahoo.com.br

¹ Psicóloga, mestranda em Antropologia pelo PPGAnt/UFGD, Bolsista CAPES. ² Consultor, Professor FCH. ³ Orientador, Professor FCH.

Resumo:

Esse trabalho tem a prerrogativa de problematizar os lugares e as posições subjetivas produzidas nas relações de produção em Saúde no Hospital Universitário de Dourados/MS. Essa proposta foi construída a partir da experiência vivenciada durante a formação em Saúde pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados (RMS/UFGD), entre os anos de 2012 e 2013, que posteriormente culminou em uma projeto de pesquisa de mestrado em Antropologia no ano de 2014. Alicerçado em uma contextualização histórica sobre a institucionalização do hospital, a reflexão gira em torno das práticas de saúde institucionais que são produzidas entre os atores desse local fortemente marcado pelo princípio de gestão da vida em todas as suas formas. Ou seja, pautado nos princípios da biopolítica, problematiza-se os lugares do usuário e dos profissionais de saúde desse hospital que, norteados pelos poderes institucionais do Estado, dos grupos econômicos e de saber/poder hegemônicos desse território, tomam como natural, no extremo de suas funções, até mesmo as decisões sobre quem (ou que grupo) deve viver ou morrer. Observou-se que as relações de poder nesse território são fortemente marcadas pela hierarquia e o autoritarismo, apesar de existirem propostas com um caráter de resistência à hegemonia de um saber que, algumas vezes, acabam por excluir a subjetividade desses atores institucionais. Por fim, sugere-se que a análise das práticas discursivas que se dão no âmago desse local possam contribuir para a busca de novas alternativas, além da (des)construção de dispositivos que contemplem espaços para o sujeito, considerando seus modos de subjetivação dentro dessas relações que interferem no posicionamento subjetivo tanto de usuários, quanto de

profissionais frente aos discursos produtores de saúde nesse território. O corpo desta reflexão encontra-se dividido em três subtítulos, além da introdução e das considerações finais.

Palavras-chave: Práticas Discursivas; Posições Subjetivas; Produção em Saúde; Instituição Hospitalar.

INTRODUÇÃO

O objeto de análise escolhido é uma instituição hospitalar universitária na cidade de Dourados/MS. Esse campo apresentou-se como um território privilegiado de debate, por se tratar de uma instituição, isto é, um local propício para a observação tanto das relações de poder e suas manifestações, bem como das práticas discursivas que são produzidas e legitimadas ali.

A definição de instituição utilizada respaldou-se nos trabalhos de Guilhon de Albuquerque (1978) e Guirado (2002; 2009). Para esses autores, a instituição se caracteriza pelas práticas e relações sociais concretas que acontecem na ação de seus atores institucionais, que se repetem e, nessa repetição, legitimam-se. Esta relação se dá por duas categorias fundamentais: agentes e clientela. Tais categorias definem as relações sociais que afiguram o objeto institucional. Nos termos de Guirado (2002, p. 53), *“o objeto institucional é aquilo sobre cuja propriedade a instituição reivindica o monopólio de legitimidade. Definir-se como instituição é, portanto, apropriar-se de um objeto [...] imaterial, impalpável”*.

No contexto das instituições são expressas relações de poder intra e inter-institucional, entre agentes e clientela, representantes dos lugares de cada um, como também das relações estabelecidas entre si. A resultante dessa conflitiva são os efeitos de reconhecimento das posições subjetivas institucionalizadas como naturais e legítimas pela repetição. Por fim, *“tal concepção de instituição leva-nos, ainda, a pensar que a vida social se faz possível por e nas instituições, sempre* (GUIRADO, 2009, p. 147)”.

Foucault (2013a) refere-se ao termo poder como a multiplicidade de correlações de forças inerentes ao domínio em que se exercem e constituem sua organização, além do

[...] jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si; enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais (FOUCAULT, 2013a, p. 102-103).

Esse autor ainda propõe que o poder é exercido com base em inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis. Tais relações de poder sugeridas são imanentes a outros tipos de relação como os processos econômicos, relações de conhecimento, entre outros, pois se configuram como efeitos imediatos das desigualdades e desequilíbrios, que se produzem nas mesmas e, ao mesmo tempo, são as condições internas destas diferenciações. Assim, estando todos dentro do poder, torna-se impossível escapar dele. Tais relações encontram-se imersas em um discurso inscrito em exigências de poder que as sustentam.

Foucault (2005) se envolveu fortemente com a temática do poder no intuito de explicitar como os seres humanos tornaram-se sujeitos. Ou seja, ao se considerar as relações sociais próprias às instituições, analisa-se, diretamente, o modo de produção de subjetividade. Pois, no contexto da análise se coloca sempre a questão de qual o sujeito essa trama de pensamento concebe.

Em um primeiro momento, o poder pode conter uma conotação negativa. Porém, em *Vigiar e Punir* (2013b), o autor aponta para a positividade do poder ao mostrar que as medidas punitivas estão ligadas a toda uma série de efeitos positivos e úteis que têm por finalidade sustentar uma relação. Sua grande inovação é afirmar que o poder tem um caráter relacional, pois não é algo que se possui, mas sim se exerce em uma relação:

Temos em suma que admitir que esse poder se exerce mais que se possui, que não é o “privilégio” adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito de conjunto de suas posições estratégicas – efeito manifestado e às vezes reconduzido pela posição dos que são dominados. Esse poder, por outro lado, não se aplica pura e simplesmente como uma obrigação ou uma proibição, ao que “não tem”; ele os investe, passa por eles e por meio deles; apoia-se neles, do mesmo modo que eles, em sua luta contra esse poder, apoiam-se por sua vez nos pontos em que eles os alcança (FOUCAULT, 2013b, p. 29).

Dessa maneira, Foucault considera o poder tolerável, pois, na imposição aos que sujeita, também se torna na mesma medida, indispensável: “*Em face de um poder, que é lei, o sujeito que é constituído como sujeito – que é ‘sujeitado’ – é aquele que obedece [existindo, então] poder legislador de um lado, e sujeito obediente do outro*” (FOUCAULT, 2013a, p. 95).

Logo, o que se pretende analisar, a partir da utilização desses conceitos, tem como foco a delineação e legitimação de uma subjetividade que serve como sustentação para uma instituição socialmente designada.

1. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO HOSPITAL

Foucault (1977, 2013a, 2013c) contribui para explicar a institucionalização hospitalar. Anteriormente ao século XVIII, o hospital tinha como finalidade prestar assistência aos pobres, separar e excluir, haja vista ser o portador de doença passível de contágio e, por essa razão, perigoso, sendo imperativo separá-lo do restante das pessoas. A assistência voltava-se para a transformação espiritual e material por ser um local onde se davam os últimos cuidados e se preparava o doente para a morte. Assim, o hospital se fazia presente para recolher o pobre, como também para proteger os outros do perigo encarnado por ele.

O hospital da Idade Média não era de modo algum concebido para curar. Nesse período, o hospital como local importante e mesmo essencial para a vida urbana do Ocidente, não era uma instituição médica, e a medicina era uma prática não hospitalar. A prática médica era profundamente individualista e a experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico. O que qualificava esse saber era a transmissão de receitas e não o campo de experiências que ele teria atravessado, assimilado e integrado. O papel do médico era ser aliado da natureza contra a doença. Portanto, hospital e medicina permaneceram independentes até meados do século XVIII, sendo a partir dessa época que se constituiu uma medicina hospitalar ou um hospital médico (FOUCAULT, 2013c).

Logo, cabe indagar como o hospital foi medicalizado e a medicina pôde tornar-se hospitalar, ou seja, de que modo sucedeu essa transformação. Segundo as palavras de Foucault (2013c, p. 177-178):

O primeiro fator da transformação [foi que] não se procurou primeiramente medicalizar o hospital, mas purifica-lo dos efeitos nocivos, da desordem que ele acarretava. [Assim], o ponto de partida da reforma hospitalar foi [...] o hospital marítimo. [...] O primeiro regulamento de hospital que aparece no século XVII, é sobre a inspeção dos cofres que os marinheiros, médicos e boticários detinham nos hospitais. Surgiu nesse regulamento um esquadramento econômico. [...] Mas se trata, essencialmente, de um tipo de hospitalização que não procura fazer do hospital um instrumento de cura, mas impedir que seja foco de desordem econômica ou médica. [...] O ponto de partida da reorganização hospitalar é porque as regulamentações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado.

Segundo essa lógica, era preciso vigiar os homens no hospital para que não desertassem; era preciso curá-los, evitando que morressem de doença; era preciso evitar que, quando curados, eles fingissem ainda estar doentes e permanecessem de cama, entre outras

coisas. Surge, então, uma reorganização administrativa e política, um novo esquadramento do poder no espaço do hospital militar, que só foi possível a partir da introdução de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina. A disciplina configura-se como uma técnica de exercício de poder caracterizada como uma nova tecnologia de gestão dos homens (FOUCAULT, 2013c).

A disciplina favoreceu o aparecimento de uma arte de distribuição espacial dos indivíduos. Ela é, antes de tudo, a análise do espaço, isto é, a individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório. Além disso, ela exerce seu controle sobre o desenvolvimento de uma ação e é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos, sugerindo um registro contínuo. Portanto, como reitera Foucault (2013c, p.182), *“a disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade”*.

Doravante essa tecnologia política de gestão dos homens, deu-se início a reorganização hospitalar que possibilitou sua medicalização, intensificada pelas razões econômicas vigentes à época, o preço atribuído ao indivíduo e a tentativa de controle sobre a propagação das epidemias, visto que *“é nesta época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço [elevado] para a sociedade”* (FOUCAULT, 2013c, p. 178).

Assim, a formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à inserção dos mecanismos disciplinares no interior do espaço confuso do hospital que possibilita sua medicalização e, por outro, há uma transformação no saber médico que é deslocado para uma intervenção de poder/saber sobre a doença e o corpo do doente. Houve, portanto, uma descoberta do corpo como objeto e alvo do poder.

O hospital como instrumento terapêutico surge a partir do momento em que realiza a distribuição do espaço e é concebido como um instrumento de cura. Nesse momento, o médico passa a ser o responsável pela organização hospitalar.

Pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico (FOUCAULT, 2013b, p. 139).

O foco do poder, a partir da introdução da disciplina, é um saber sobre o corpo. A disciplina produz sujeitos por ser a técnica específica e sofisticada de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. Em outras

palavras, as práticas disciplinares são as responsáveis por objetivar o sujeito na medida em que permitem a construção de um saber, ou seja, o coloca como objeto do saber, e o transforma em objeto cognoscível da ciência. Conforme Foucault (2013b, p. 164): *“o poder disciplinar é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior ‘adestrar’; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor”*.

No ambiente hospitalar, o sucesso desse poder disciplinar se deve indubitavelmente ao uso de instrumentos simples tais como o olhar hierárquico (vigilância), a norma e sua combinação num procedimento que lhe é específico, o exame. Esse último é o mais ritualizado, agindo como um controle normalizante e vigilante que permite qualificar e classificar. De todos os dispositivos disciplinares, o exame é aquele que *“manifesta a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam”* (FOUCAULT, 2013b, p.177).

Os dispositivos disciplinares vêm sofisticar e reforçar o poder/saber uma vez que, no hospital, por exemplo, era necessário reconhecer os doentes, expulsar os simuladores, acompanhar a evolução das doenças, verificar a eficácia dos tratamentos, descobrir os casos análogos e os começos de epidemias e essas técnicas possibilitaram um controle mais rígido do espaço e do tempo. Eis que surge a relevância para o desenvolvimento desse poder/saber dos estudos de caso, uma vez que as técnicas de exame fazem de cada indivíduo

[...] um caso que ao mesmo tempo constitui um objeto para o conhecimento e uma tomada para o poder. O caso [...] é o indivíduo tal como pode ser descrito, mensurado, medido, comparado a outros e isso em sua própria individualidade; e é também o indivíduo que tem que ser treinado ou retreinado, tem que ser classificado, normalizado, excluído, etc. [...] o exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber [...], de fabricação da individualidade celular, orgânica, genética e combinatória. Com ele se ritualizaram aquelas disciplinas que se pode caracterizar com uma palavra dizendo que são uma modalidade de poder para o qual a diferença individual é pertinente (FOUCAULT, 2013b, p. 183-184)

Vale lembrar, então, que a partir do século XVIII, também houve a transformação do poder, antes caracterizado por um poder sobre a morte, para o poder sobre a vida. Agora, o poder que se exerce positivamente sobre a vida tende ao empreendimento de sua gestão, sua majoração, sua multiplicação a partir do exercício de regulações e controles precisos. Por conseguinte, é sobre a vida e seu desenrolar que o poder estabelece seus pontos de fixação.

Logo, a trajetória da medicina inquietou-se com a maneira de se ocupar do próprio corpo como uma condição de saúde e de poder:

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente (FOUCAULT, 2013b, p. 133).

Concretamente, o poder sobre a vida desenvolveu-se em duas formas principais: no corpo como máquina, assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: *anátomo-política do corpo humano*. E o segundo centrou-se no corpo-espécie, corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos, mediante uma série de intervenções e controles reguladores: *uma biopolítica da população*. As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida (FOUCAULT, 2013a).

Desse modo, a instalação dessas formas de tecnologia pautadas em duas facetas – anatômica e biológica; individualizante e especificante – assinala um poder cuja função é investir sobre a vida. Ou seja, o poder revela-se pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida, que inaugura a época do “biopoder” (FOUCAULT, 2013a).

O poder sobre a vida insere-se no controle das populações. O Estado cria políticas sobre reprodução e saúde pública. Assim, o mecanismo mais eficaz para gerir o direito à vida é controlar o dispositivo da sexualidade. Conforme indica Foucault (2013c, p.367), o dispositivo configura “*estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles*”. Eis porque as técnicas de poder/saber sobre o sexo reforçaram, facilitaram e ampliaram o poder do Estado e do capital que penetraram mais facilmente dentro das relações sociais. De acordo com Araújo (2001, p. 161):

Sem o dispositivo da sexualidade, o biopoder encontraria muito mais dificuldade para se implantar. Gerir a vida passa pela sexualidade. [...] As normas da medicina, da administração pública, as medidas sanitárias e de controle de natalidade acabam por ter um papel mais eficiente. [...] Sem essas normas de governabilidade que distribuem a vida em espaços e que calculam seu valor, o Estado seria inviável.

O biopoder não transformou a vida em geral mais difícil de sujeitar. Pelo contrário, esses micropoderes se enraizaram dentro das instituições de poder, garantindo a manutenção das relações de produção.

2. O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

O biopoder foi indispensável ao desenvolvimento do capitalismo e do fortalecimento do Estado. Este ou qualquer tipo de organização social procura aumentar sua informação sobre um grupo e, por conseguinte, seu domínio sobre ele. Dessa maneira, as propostas políticas advindas do poder estatal no que tange à saúde pública, saneamento, alimentação, entre outros, nada mais são que instrumentos de controle e regulação do Estado sobre seu território.

Nesse caso, torna-se pertinente a delimitação do objeto a ser discutido aqui: a instituição hospitalar universitária de Dourados/MS. Delimitar, segundo Raffestin (1993) supõe o entendimento da manifestação de um poder numa área precisa, ou seja, em um território. Ele alega que *“o desenho de uma malha ou de um conjunto de malhas é a consequência de uma relação com o espaço e [...] a forma mais elementar de produção de território”* (p. 153). Portanto, ao se apropriar de um espaço, o ator “territorializa” aquele espaço, investindo sua ação sobre ele e transformando-o.

Desse modo, territorializar significa exprimir a área de exercício dos poderes, isto é, o lugar onde se dão as relações de poder. O território aqui delimitado é o hospital e a rede de relações em seu interior e, conseqüentemente, os discursos que ali acontecem são sustentados na trama de poder inerente a ele. Caracteriza-se como efeito de um biopoder por ser regulado por uma normatização político-jurídica no campo da Saúde, o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1990).

Desde a promulgação da Constituição de 1988 no Brasil, a categoria Saúde foi normatizada como um Direito fundamental que contempla a todos baseado nos conceitos de Integralidade, Universalidade e Equidade. Entretanto, ao se falar em acesso aos Direitos em uma sociedade, é preciso levar em consideração o contexto no qual essa condição se insere. Isso significa dizer que as relações sociais são modificadas no interior de um grupo instalado em um determinado território.

A partir da experiência vivenciada nessa instituição hospitalar, observou-se que esse local é permeado por relações de poder hierárquicas e assimétricas, muito embora faça parte de um sistema intitulado universal a partir da implementação do SUS. Assim, conceber essa instituição e sua práxis institucional permeadas por relações conflitantes, torna-se fundamental para a compreensão dos discursos políticos, de poder, de valorização, de hierarquização e de Saúde que ali são produzidos.

Essas relações desiguais criam preconceitos ao assumir uma forma naturalizada em que haja a distinção entre um sujeito e seus privilégios que burlam a lei e aqueles outros que precisam obedecê-la à risca justamente por estar à margem de tal privilégio. Algumas vezes,

as relações pessoais são utilizadas para colocar em prática uma falsa igualdade, na qual o acesso ao Direito, aqui representado pelo acesso à Saúde, dependerá da situação e de quem nela se implica (DAMATTA, 2012).

Em alguns casos observados, essa naturalidade mascarada faz parte do cotidiano da instituição hospitalar. Isto é, o usuário do Sistema de Saúde chega ao hospital e será atendido por um servidor público que, no exercício de seu poder/saber, trata esse cidadão como alguém inferior, numa relação tipicamente hierarquizada entre um superior e o outro inferior, entre um que sabe e outro que é alvo do saber. É importante destacar a ocorrência dessas práticas no serviço público uma vez que os valores éticos que cabem a esse tipo de organização contam com os princípios de legalidade, moralidade, eficiência, publicidade, mas, para esse caso, o maior foco de investigação recai sobre o princípio da impessoalidade (BRASIL, 1988).

Gomes, Nations & Luz (2008), a partir de um estudo realizado na região nordeste do Brasil, denunciam como essas relações hierarquizadas dentro dos hospitais geram consequências graves para a subjetividade do paciente, na medida em que nessa cadeia desigual o legitimam como o inferior na institucionalização. Muitos se sentem despersonalizados e agredidos simbolicamente, às vezes, tratados como panos-de-chão onde todos pisam.

Aqui, cabe salientar a violência simbólica nos termos de Bourdieu (1989) designando mais uma forma transfigurada de acumulação de poder nas relações erigidas pelos agentes institucionais, cumpridoras de sua função política de legitimação da dominação de uma classe sobre outra. Um exemplo de poder simbólico encontra-se na relação hierárquica existente entre médico-cliente e na manipulação do corpo que, na prática médica, impõe a não informação sobre aquilo que se está fazendo quando se entende tal prática como um benefício para outrem. Sendo assim, o corpo estabelece em si um sistema simbólico, pois como afirma Pereira (2004, p. 396-397), enquanto “*instrumento de conhecimento e de comunicação exerce um poder estruturante a partir do poder simbólico que subjaz à relação entre quem conhece/entende o corpo e quem precisa tratá-lo, colocá-lo em condições de bom funcionamento*”.

Trata-se, pois, tanto de uma violência simbólica, como de uma relação assimétrica de poder. Conforme sugere Raffestin (1993), reter uma informação pode significar manter sob sua guarda um saber e, nesse caso, significa dizer que aumentar a informação sobre o corpo de um indivíduo também possibilita aumentar o seu domínio sobre ele.

Essa relação com o corpo torna-se, excepcionalmente, mais intensa no que tange a um hospital universitário cujo caráter tende à construção de um saber sobre ele e sobre a doença. Exemplos dessa premissa estão nas visitas rituais ao paciente, nas discussões de seu caso individualizado entre a equipe de saúde, uma vez que demonstram estar em voga a pretensão em elevar o nível de saúde da população por meio do ensino clínico e pela boa qualidade dos conhecimentos médicos. Isso significa dizer que, além de um lugar de cura, o hospital passa a ser um lugar de formação de médicos, o que torna a clínica inevitavelmente uma dimensão essencial do hospital. Clínica, conforme sugeriu Foucault (2013c, p.188), *“significa a organização do hospital como lugar de formação e transmissão de saber”*.

Ademais, vale salientar que regras institucionais e procedimentos do cotidiano de qualquer hospital podem, invariavelmente, ignorar a autonomia, as condições pessoais e subjetivas dos pacientes. E levando-se em consideração a maneira como a instituição hospitalar se organiza dentro do Sistema Único de Saúde - dividida em hospitais públicos, particulares ou mistos - essas discrepâncias se agravam ainda mais. Isso porque parece existir um sistema de regras à parte daquelas normatizadas. Ou seja, o melhor tratamento será oferecido dependendo da posição social, econômica, afetiva, entre outras, ocupada pelo usuário ou, ainda, de quanto mais próximo socialmente o usuário for daqueles mantenedores do poder dentro desta instituição. Cabe aqui relembrar o famoso ditado: *“aos inimigos à lei e aos amigos tudo!”* (DAMATTA, 2012, p. 114).

Quanto maiores as desigualdades social, econômica e política, mais evidenciadas tornam-se essas relações hierárquicas e preconceituosas. O hospital assume, por conseguinte, uma posição privilegiada de investigação por refletir o acesso desigual ao Direito à Saúde e por legitimar os sujeitos sociais nesse espaço tão fortemente caracterizado por hierarquias e estruturas de poder.

3. A RESISTÊNCIA E A CONSTRUÇÃO DE NOVAS POSIÇÕES SUBJETIVAS

E qual o lugar do sujeito que sofre o exercício de poder no ambiente hospitalar? Uma das características do poder designado por Foucault é que onde há poder, há resistência. E se há resistência, é possível afirmar a existência de outras possibilidades de posições subjetivas dos atores que estão nessa rede, pois, *“para compreender o que são as relações de poder, talvez devêssemos investigar as formas de resistência e as tentativas de dissociar estas relações”* (FOUCAULT, 2005, p. 234).

Essas tentativas de dissociação caracterizam-se como lutas que contêm um caráter antiautoritário, além de serem lutas transversais, uma vez que não são limitadas a um único local, e seus objetivos visam os efeitos de poder enquanto tal. São lutas imediatas porque criticam instâncias de poder que lhes são mais próximas, ou seja, aquelas que exercem sua ação sobre os indivíduos. Questionam o estatuto do indivíduo e combatem o “governo da individualização”, e seu núcleo gira em torno da questão de quem se é. Além disso, se opõem aos efeitos de poder relacionados ao saber, isto é, são lutas contra os privilégios de saber. Em suma, a principal finalidade dessas lutas é atacar uma técnica, uma forma de poder (FOUCAULT, 2005).

Desse modo, não se escapa às relações de poder, mas é possível sempre e em toda parte modificá-las por se tratar de uma relação bilateral que faz par com a obediência, cuja concessão é livre ao sujeito, com mais ou menos resistência (VEYNE, 2011).

Um dos grandes legados foucaultianos é a premissa de que o poder não é totalmente negativo, ele apresenta uma faceta positiva. A positividade do poder está relacionada ao fato de ser um grande produtor de subjetividade nas relações imanentes a ele. Já é sabido que o poder supõe um saber, formado nas práticas discursivas.

Em sua obra *Arqueologia do Saber* (2013d), Foucault assinala que os discursos suscitam um desejo de posse, havendo, então, uma noção de que há poder no próprio discurso, não sendo este neutro nem puro. Conforme aponta Araújo (2001, p. 64), “*há poder social, político, econômico, institucional, e poder na e das práticas discursivas*”. Portanto, o ser humano tem acesso a si através dos saberes que compõem os “jogos de verdade”, ou seja, as técnicas para se compreender o que se é.

Nesse sentido, julga-se relevante que as práticas discursivas dessa instituição hospitalar sejam também investigadas na medida em que são produtoras de um saber sobre o sujeito. Analisar o discurso é apreender um dispositivo do saber em meio a outros já que ele é veículo e alvo das relações entre saber e poder.

Analisar as práticas discursivas configura-se também como a possibilidade de reconhecer as transformações, capazes de revelar posições possíveis de subjetividades diferentes, porém nunca indiferentes, porquanto no acontecimento discursivo, o sujeito sempre irá ocupar uma posição, um lugar (ARAÚJO, 2001).

Sendo assim, o discurso é o

[...] conjunto das coisas ditas, as relações, as regularidades e as transformações que podem aí ser observadas, o domínio do qual certas figuras e certos entrecruzamentos indicam o lugar singular de um sujeito falante e podem receber o nome de um autor. “Não importa

quem fala”, mas o que ele diz não é dito de qualquer lugar (FOUCAULT, 2013d, p. 150).

Portanto, contestar um discurso, desconstruir enunciados, pode ajudar a derrubar o dispositivo que os apoia e construir novos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciou-se esse trabalho com a prerrogativa de analisar as relações sociais e de poder institucionalizadas e legitimadas no âmago do hospital universitário de Dourados, no intuito de identificar os modos de subjetivação inerentes nesse território. Primeiramente, observou-se que as relações de poder são fortemente marcadas pela hierarquia e o autoritarismo. O hospital continuou a ser aquele espaço de esquadramento donde se destrincha os corpos para deles construir um saber. Isso é especialmente reforçado pelo caráter de ensino do lugar escolhido, uma vez que se legitima um saber médico sobre o corpo do indivíduo.

Rotinas de visita ao doente, denominadas passagens de leito, ainda apresentam uma espécie de desfile religioso em que o médico passa e discute caso a caso o indivíduo seguido pelo restante dos profissionais do hospital e os alunos. A linguagem, muitas vezes bastante técnica, caracteriza um poder sobre um discurso de saber que verticaliza e dificulta a relação entre ele, o paciente e a equipe de saúde. Não se pode desconsiderar de que o comando comporta sempre alguma concessão e, em muitos casos, essas práticas são legitimadas por quem sofre esse poder/saber.

No presente trabalho, o que se pretendeu não é desqualificar a relevância do saber médico. Pelo contrário, após discorrer sobre toda a construção da transformação do velho direito de causar a morte ou deixar viver para um poder de causar a vida ou devolver à morte, fica claro que o objetivo dessa biopolítica, ou seja, do poder sobre a vida, muitas vezes, é cumprido eficientemente. Entretanto, cabe problematizar as práticas de saúde em que se “*exerce um poder sem controle sobre os corpos das pessoas, sua saúde, sua vida e morte*” (FOUCAULT, 2005, p. 234).

De fato, essas lutas engendradas no cerne das relações de poder contra as formas de dominação, de exploração, de sujeição e submissão, cuja finalidade é a construção de novas possibilidades de se fazer Saúde, não acontecem sem conflitos. Sendo assim, é possível afirmar que a reinvenção do modo como se produz saúde no HU, enquanto um território de produções subjetivas deve acontecer diretamente a partir dos conflitos inerentes às suas relações.

Por fim, destaca-se que, ao analisar as práticas discursivas – os ditos e não ditos – que se dão nesse lugar, propicia a oportunidade de se pensar sobre que Saúde, afinal, se produz em meio a essas relações de força. Isto é, que Saúde é essa que decide quem vai morrer ou viver, que toma a vida dos indivíduos em mãos, nem que seja preciso usurpá-los da própria consciência de si, a partir de técnicas como a sedação ou internações judiciais, por exemplo, com o soberano propósito de “causar” a vida, acabando por prolongá-la a qualquer custo, ou que, ao contrário, acabam por encurtá-la, excluindo a possibilidade desse sujeito se posicionar frente à sua própria Saúde? Logo, construir e desconstruir paradigmas e discursos nessas relações apresenta-se, ainda, como um grande desafio inerente às práticas daqueles que lidam cotidianamente com essas relações sociais institucionalizadas, bem como aos sujeitos que são alvos desse cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, I. L. *Foucault e a crítica do sujeito*. Curitiba: Ed. da UFPR, 2001.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1989.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Brasília: 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

DAMATTA, R. *Explorações: ensaios de sociologia interpretativa*. Rio de Janeiro: Rocco Digital, 2012. Recurso digital.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. 23. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2013a.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 41. ed. Petrópolis: Vozes, 2013b.

_____. *Microfísica do poder*. 26. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2013c.

_____. *A arqueologia do saber*. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013d.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert & RABINOW, Paul. *Uma trajetória filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005, PP. 231-249.

_____. *O nascimento da clínica*. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 17, n.1, Mar. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 17 Out. 2013.

GUILHON DE ALBUQUERQUE, J.A. *Metáforas da desordem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

GUIRADO, M. *Psicologia institucional*. 5. ed. São Paulo: E.P.U, 2002.

_____. *A análise institucional do discurso como analítica da subjetividade*. 2009. 316 f. Tese (Livre Docência) – Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

PEREIRA, W. R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto contexto – enferm.*, Florianópolis, v.13, n.3, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 Nov. 2013.

RAFFESTIN, C. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Editora Ática S.A., 1993. (Série Temas, v. 29).

VEYNE, Paul. Uma história sociológica das verdades: saber, poder, dispositivo. In: *Foucault, seu pensamento, sua pessoa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011, PP. 163-192.

