



# ENEPEX

ENCONTRO DE ENSINO,  
PESQUISA E EXTENSÃO

8° ENEPE UFGD • 5° EPEX UEMS

**DE ÍNDIO E DE LOUCO, TODOS TÊM UM POUCO?**

**UMA REFLEXÃO SOBRE O HOSPITAL COMO UM ENTRELUGAR DE SAÚDE.**

**Adrielle Freire de Souza<sup>1</sup>; Graziela Brites Turdera<sup>2</sup>; Conrado Neves Sathler<sup>3</sup>;**

<sup>1</sup> Psicóloga, mestranda em Antropologia da UFGD, Bolsista CAPES. E-mail: adrielle.freire@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Psicóloga, mestranda em Antropologia da UFGD, Bolsista CAPES. E-mail: graturdera@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Orientador, Professor FCH. E-mail: conradosathler@ufgd.edu.br

## **Resumo:**

Este trabalho objetiva vincular a história do Grupo de Estudos Dirigidos e Supervisão em Psicologia às reflexões suscitadas nesse espaço, paralelamente ao material teórico que sustenta o debate das subjetividades, das práticas de saúde, da interdisciplinaridade e da alteridade. Tendo como ponto de partida as práticas de intervenção de saúde do Hospital Universitário da Grande Dourados, propõe-se problematizar o (des)encontro dos diferentes sujeitos que buscam, em última instância, a cura ou intervenção terapêutica que dê conta de suas especificidades, mas que acabam submetidos a um conhecimento homogeneizador. O intuito é destacar possibilidades de resistência que desafiem e desconstruam a lógica da colonialidade do saber, ademais, a contar a importância de constituição do entrelugar nos espaços que cuidam de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde, Hospital, Alteridade, Entrelugar.

## **INTRODUÇÃO**

O presente trabalho visa apresentar a trajetória do Grupo de Estudos de Psicologia vinculado ao Laboratório Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal da Grande Dourados. Especificamente abordar a trajetória de reflexões, debates e leituras acerca das interfaces entre os campos da Psicologia e da Antropologia no que concerne à produção de subjetividades nas instituições de Saúde, na região de Dourados, sul do Mato Grosso do Sul.

O Grupo de Estudos Dirigidos e Supervisão em Psicologia (GEDSP) teve início no ano de 2012, sendo composto por psicólogos de diferentes áreas de atuação da cidade de Dourados, entre eles: residentes da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) do Hospital Universitário (HU/UFGD), docentes de instituições de Ensino Superior, profissionais da Rede de Saúde, do Ministério Público e, também, profissionais autônomos.

Desde sua criação, o GEDSP vem incorporando novos atores, elaborando projetos e apresentando temáticas em eventos acadêmicos em consonância com seu compromisso basal,

qual seja, o debate de temas que possibilitem a instrumentalização dos envolvidos para torná-los potenciais agentes de transformação social a partir de práticas locais diferenciadas.

Em grande medida, não é possível descolar a trajetória do GEDSP da história de formação profissional de alguns de seus elementos, pois foi a partir das angústias suscitadas, nomeadamente, naqueles profissionais vinculados ao programa RMS/HU, por estarem circulando em espaços públicos de atenção à Saúde, que surgiu a motivação para compreender a rede de significações e relações que eram tecidas nesses lugares.

Esses espaços são permeados por relações sociais assimétricas e produtoras de uma temporária fixação de posições subjetivas que envolvem conhecimentos ditos como verdades, acesso restrito às tecnologias, regras institucionais abstratas e constante pressão por produtividade: todos esses aspectos se entrelaçam com outras temáticas referentes às colonialidades do poder e do saber.

No que tange à aproximação com o campo da Antropologia, apresentou-se como um potencial parceiro que contribuiria nas discussões referentes aos comportamentos dos grupos e da sociedade, principalmente entendendo que as dinâmicas dadas entre os sujeitos nesta região do Brasil respondem pelos processos histórico-econômicos que garantem especificidades a este lugar.

Nesse sentido, a singularidade de Dourados está em promover encontros entre grande diversidade de pessoas. Por consequência, nos dispositivos de saúde é possível observar essa pluralidade, seja por conta da proximidade com a segunda maior reserva indígena do país, seja pela curta distância da fronteira com o Paraguai (país de onde vem muitos habitantes para fazer uso da rede de saúde) e, também, por ser referência em serviços de saúde para outros 35 municípios da região.

Portanto, é possível entender esse espaço a partir da interculturalidade que implica, nos termos de Canclini (2009), relações de negociação, conflito e empréstimos recíprocos. Cabe aqui a reflexão sobre em que termos acontecem essas relações negociadas nos lugares do serviço de saúde. Propõe-se, então, que o objeto de análise seja o território do HU de Dourados; ele que é, em grande medida, o lugar onde se constroem vivências e circulam a maior parte dos elementos que compõem o GESDP.

## **O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ENTRE A COLONIZAÇÃO, O ESTRANHAMENTO E A ALTERIDADE.**

O HU caracteriza-se por ser público, cujo atendimento é realizado 100% pelo SUS, de portas-fechadas (sem Pronto Socorro), referência em baixa e média complexidade para essa

região. Dentre as populações atendidas nele destacam-se duas: os indígenas e os pacientes psiquiátricos, pois o cuidado com esses dois grupos é atravessado por questões da ordem do desconhecimento, do medo e da desinformação, o que exacerba práticas de saúde assimétricas que marcam violências pautadas na falta de habilidade no lidar com as diferenças.

As práticas de saúde ratificadas no cotidiano hospitalar são norteadas por valores positivistas, que privilegiam o corpo em detrimento do sujeito. Saberes biomédicos e técnicas quantitativas vão ao encontro da formação desses profissionais que primam pelo controle, pela disciplina, acarretando na despersonalização do paciente e ignorando outros elementos constitutivos da identidade do mesmo (CUNHA, 2009; LANGDOM, 2001).

Considerando as particularidades da maioria da população usuária do HU, ou seja, sujeitos economicamente e socialmente vulneráveis, tem-se o desdobramento da distância desse tipo de conhecimento técnico e das possibilidades de uma compreensão a respeito do que são as ciências atuantes nesse lugar: medicina, nutrição, farmácia e psicologia, entre outras. Dado esse quadro, é possível entender o panorama onde, no geral, os usuários se colocam como distanciados do saber sobre seu próprio corpo e tomam como verdade tudo o que lhes é colocado acerca de sua condição e de sua saúde, numa posição de alienação de si.

Por outro lado, é fato a ocorrência de um movimento dos profissionais de saúde para alçarem o seu conhecimento a um *status* de privilégio inacessível a esses usuários, uma vez que são formatados para usarem códigos normativos, linguagens técnicas e tomarem decisões excluindo o paciente e seus familiares, submetendo-os a terapêuticas que normalmente lhe são alheias e permeadas por ansiedades e fantasias em decorrência da falta de informação.

Nesse sentido, é possível refletir que as práticas de colonização, entendidas como um domínio exercido diariamente por um grupo sobre outro, são muito presentes, considerando o hiato existente entre os que detém um saber distinto e apartado daqueles que não o tem, que, por sua vez, é subjugado a esse domínio. Referente a isso, Lander (2005) ao dizer sobre a colonialidade dos saberes refere que essas relações de poder servem a um projeto de domínio de determinados grupos privilegiados. Entretanto, conforme alerta Foucault (2013a, 2013c, 2013d, 2005) e Bourdieu (1989), essa dinâmica de colonização que marca uma relação só é legitimada por envolver uma dose de concessão daqueles que a ela se submetem.

Aponta-se que o hospital é um espaço de especialidades por excelência e encontra-se posicionado no sistema de saúde como aquele que deve atender os procedimentos complexos. Logo, é espaço privilegiado de observação do movimento supracitado. Contudo, essa dinâmica perpassa toda a rede que, por sua vez, também legitima esse distanciamento entre seus atores, não privilegiando os compromissos de participação social, corresponsabilidade,

horizontalidade, educação e promoção em saúde que devem ser iniciados na rede de atenção básica e complementados nos demais *lócus* do sistema, constituindo uma rede de interação entre todas as esferas: usuários, trabalhadores e gestores de saúde (BRASIL, 2004).

Diante desse funcionamento do dispositivo de saúde apresentado, o hospital surge como um território em que os sujeitos são incorporados a uma maneira de produzir saúde basicamente assimilacionista e homogeneizadora, criando desafios para o reconhecimento da alteridade.

A temática da alteridade é de difícil apreensão por vincular diversos fatores, tais como o reconhecimento da diferença, a ética e o respeito no tratamento das singularidades, a disponibilidade de permanente (des)construção para aceitar o Outro e coragem de provocar possibilidades de mudanças nos sistemas, sejam eles culturais, econômicos e sociais que estão postos historicamente.

Supondo um campo elástico de atenção em saúde por envolver uma diversidade ampla, tratar dos pacientes indígenas e pacientes de saúde mental é tratar de sujeitos que se encontram num ponto onde o estranhamento se coloca no seu nível mais intenso, posicionando esses grupos à margem dos sistemas de cuidados.

A dinâmica de estranhamento da diferença, de acordo com a psicanálise freudiana, caracteriza-se por um sentimento promovido pela percepção inconsciente do traço de familiaridade que o “Outro” diferente carrega, embora reprimido. Nas palavras de Freud (1919/2006, p. 238), “*o estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho e há muito familiar*”. Daí decorre a dificuldade de se despir da lógica dominante e pretensamente universal, para aceitar e entender uma outra possível lógica de ser e estar no mundo, pois isso implica em por em suspenso verdades que são estruturantes para os sujeitos em um campo de saber racional e biomédico tido como verdade única.

Entretanto, na contemporaneidade, a partir do implemento da multidisciplinaridade nos campos de saúde, proposta essa fortalecida no âmbito da política do SUS, permite-se a abertura de uma nova perspectiva para debater e problematizar as práticas presentes nesses lugares. Especificamente no HU, por se tratar de um lugar de ensino e pesquisa, já que na mesma proporção em que se começa questionar as concepções de saúde nas intervenções e terapêuticas cotidianas já instituídas, oportunizam-se campos de resistências produtores de novos saberes e de possíveis outros olhares e escutas para os sujeitos envolvidos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando a contemporaneidade, faz-se necessário caminhar para além do reconhecimento da multidisciplinaridade, mas promover práticas e relações da ordem da interdisciplinaridade, considerando que esse conceito refere-se a um fazer coletivo que possibilite a emergência de novas posições subjetivas, instituindo um efetivo “entrelugar” nos termos de Bhabha (1998).

Nesse sentido, retomando a proposta do GEDSP, ela está em consonância com o movimento atual de problematizar as posições cristalizadas e provocar reflexões que se orientem para suscitar resistências. Resistir num sentido foucaultiano seria estabelecer uma luta contra o autoritarismo, as formas de dominação e exploração, de sujeição e submissão, cuja finalidade seria construir novas possibilidades de se fazer Saúde, diminuindo diferenças relativas aos privilégios de alguns em detrimento de muitos outros (FOUCAULT, 2005).

Trata-se então não apenas do confronto por si só, mas da tentativa de produzir conflitos que resultem no diálogo e reconhecimento de alteridades, objetivo tão caro aos que se propõe à construção coletiva de um entrelugar.

Na medida em que os entrelugares e a interculturalidade pressupõem negociações conflituosas, ao mesmo tempo, essas relações se apresentam como necessárias. A partir disso, aponta-se para a aproximação entre essas subjetividades silenciadas nesse território para que se possa produzir diálogos e novas possibilidades de acolhimento e práticas de cuidado.

Tanto o indígena, como o louco se constituem a partir de saberes e se pautam em lógicas dificilmente compartilhadas pela maioria. Por um lado, o indígena subjetiva-se a partir de um entendimento distinto à lógica capitalista do acúmulo, cultivando relações organizadas e costuradas a elementos cosmológicos, da natureza, da terra e misturados a ritos e mitos que lhe são particulares. Os loucos, por outro lado, tecem uma rede de significações e de relações de mundo que escapam à lógica dominante. Muitas vezes, o que é tratado como loucura aponta para verdades que incomodam uma maioria, sendo, pois, esse discurso silenciado (FOUCAULT, 1997).

Contudo, a ênfase nesses dois grupos não desconhece que os dispositivos atuais de saúde acabam por assimilar, ou seja, engolir de maneira geral todos os seus usuários, independente do recorte social, tratando-se da imposição do saber e do poder. Por todas essas especificidades, acredita-se que esse cenário seja palco estratégico para a temática desse trabalho que se propôs a debater o campo da interculturalidade, na perspectiva dos “entrelugares”, no que tange às práticas de Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BHABHA, H. *O local da cultura*. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

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

BRASIL. 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](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf)>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

CANCLINI, N. G. Teorias da Interculturalidade e fracassos políticos. In: *Diferentes, desiguais e desconectados: mapa da interculturalidade*. 3 ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

CUNHA, M. C. Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico (P. 301-311). In: *Cultura com aspas e outros ensaios*. São Paulo: COSAC Naify, 2009.

FREUD, S. (1919). *O estranho*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FOUCAULT, M. *A História da Loucura na Idade Clássica*. 5. Ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

\_\_\_\_\_. *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.

LANDER, E. *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas Latino-americanas*. Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Setembro, 2005. Disponível em: <[http://www.geografia.fflch.usp.br/graduacao/apoio/Apoio/Apoio\\_Tonico/2s2012/Texto\\_1.pdf](http://www.geografia.fflch.usp.br/graduacao/apoio/Apoio/Apoio_Tonico/2s2012/Texto_1.pdf)>. Acesso em: 10 set.2014.

LANGDOM, E. J. A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas? In: GRUPIONI, L. D. B.; VIDAL, L. B.; FISCHMANN, R. (Org.). *Povos indígenas e Tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

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