

Lopes Ferreira, Sônia Maria Isabel; de Souza Penteado, Maridalva; Ferreira da Silva Júnior, Milton

Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar

Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 804-814

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263660014>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar

Territory and territoriality in the hospital context: an interdisciplinary approach

Sônia Maria Isabel Lopes Ferreira

Doutoranda em Desenvolvimento e Meio Ambiente. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

Endereço: Universidade Estadual de Santa Cruz. Rodovia Jorge Amado, Km 16, Salobrinho, CEP 45662-900, Ilhéus, BA, Brasil.

E-mail: soniamilf@yahoo.com.br

Maridalva de Souza Penteado

Doutora em Saúde Pública. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

Endereço: Universidade Estadual de Santa Cruz. Rodovia Jorge Amado, Km 16, Salobrinho, CEP 45662-900, Ilhéus, BA, Brasil.

E-mail: mspenteado@uol.com.br

Milton Ferreira da Silva Júnior

Doutor em Educação. Docente do Departamento de Ciências Agrárias e Ambientais da Universidade Estadual de Santa Cruz.

Endereço: Universidade Estadual de Santa Cruz. Rodovia Jorge Amado, Km 16, Salobrinho, CEP 45662-900, Ilhéus, BA, Brasil.

E-mail: notlimf@gmail.com

Resumo

Este artigo trata o hospital como território de organização complexa, atravessado por múltiplos interesses, que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, lugar de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social. O objetivo diz respeito a compreender o hospital na perspectiva interdisciplinar. Para tanto, buscou-se o referencial teórico referente às concepções de território e territorialidade, oriundas da geografia e de outros campos do conhecimento, como a ciência da saúde e a filosofia. A partir da interação entre estas disciplinas aborda-se o hospital como território de produção de atos de saúde formado por segmentos e superfícies, agenciamentos entre profissionais e usuários que se entrecortam em um emaranhado de linhas de segmentariedade; nós, redes e malhas que revelam a produção territorial; poder e disciplinamento e o saber-poder que revelam as relações sociais, efetivadas entre os sujeitos e o objeto, ou seja, as relações que se concretizam no território e significam territorialidade. Concluiu-se, então, que o território hospitalar, como os demais territórios, é a expressão concreta e abstrata do espaço apropriado, produzido, formado em sua multidimensionalidade, pelos atores sociais que o (re)definem constantemente em suas cotidianidades, num campo de forças relationalmente emaranhado por poderes nas mais variadas intensidades.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade; Hospital; Território; Territorialidade; Relações de poder.

Abstract

This article deals with the hospital as a territory of complex organization, crossed by multiple interests, which occupies a critical position in the delivery of healthcare service. In that space professional identities are formed, with great social acknowledgement. This work also aims at understanding the hospital from an interdisciplinary viewpoint. It uses a theoretical framework related to the concepts of territory and territoriality from geography and other fields of knowledge, such as healthcare science and philosophy. By this interdisciplinary approach, the hospital is considered to be: a territory of production of health actions made by segments and surfaces, agency of professionals and users that intersect in a tangle of lines of segmentarity; networks and meshes that reveal the production of territory; power and regimentation, and the knowledge/power which reveals the relationships between subject and object, that is, the relationships that take place in the territory and that mean territoriality. Lastly, the hospital territory, like any other territory, is the concrete and abstract expression of the appropriate space. It is formed in its multidimensionality by social actors who always redefine it in their everyday routines, in a force field relationally entangled with powers at various intensities.

Keywords: Interdisciplinarity; Hospital; Territory; Territoriality; Power relations.

Introdução

O território é um desses conceitos complexos, substantivado por vários elementos, no âmbito do pensamento e em unidade com o mundo da vida. Junto ao conceito de territorialidade expressa pelas relações sociais exercidas pelos atores no território, remete-nos a compreender as diferentes perspectivas para o entendimento dos sujeitos e processos das problemáticas socioespaciais (Saquet, 2007).

Segundo Raffestin (1993), o espaço vem antes do território, ou seja, o território é formado a partir do espaço, em função da ação de um ator sintagmático (aquele que realiza determinadas ações) em diferentes níveis. Ao se apropriar de um dado espaço, de forma concreta e abstrata, o ator “territorializa” o espaço. Para o autor, o território é um espaço em que se projetou um trabalho que se apoia no espaço, mas que não é o espaço. É uma produção, a partir do espaço. Afirma que o território é um espaço modificado pelo trabalho e revela relações de poder.

O território, para Rullani (1997, apud Saquet, 2007) significa enraizamento, identidade e conexões, recursos ambientais e infraestrutura, relações cotidianas, conhecimentos, experiências e lugar de vida, tem uma dimensão local e outra global, em que a territorialização se dá, principalmente, por fatores econômicos e culturais.

As forças econômicas, políticas e culturais (E-P-C), reciprocamente relacionadas, efetivam o território *no* e com o espaço geográfico, centrado e emanado *na* e *da* territorialidade cotidiana dos indivíduos. A apropriação e a produção territorial são processos econômicos, políticos e culturais. Elas estão intimamente ligadas à produção do território (Saquet, 2003).

Santos (2000) entende o território como espaço socialmente usado, o *lócus* onde são produzidas as ações dos homens, das empresas, dos estados e demais instituições sociais, ou seja, o território pode ser compreendido como sinônimo de espaço geográfico, resultante das práticas de todos os agentes, que envolve todas as ações e todos os interesses sociais. O autor identifica novos recortes no território, decorrentes do processo de globalização, os quais classifica como horizontalidade e verticalidade. A primeira leva em conta a totalidade dos atores e das

ações e gera uma coesãoposta a serviço da sociedade civil como um todo, significando, portanto, tanto as articulações quanto os benefícios gerados no âmbito local pelas ações de um determinado ator sobre o território onde se instala. Por sua vez, a verticalidade é definida como um conjunto de pontos formando um espaço de fluxos num território, remontando à ideia de espaço econômico; eles asseguram o funcionamento global da sociedade e da economia (Santos, 2006).

Para além dos aspectos apresentados sobre o uso do território, o que nos interessa aqui é a análise do hospital como território de organização complexa, atravessada por múltiplos interesses, que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, lugar de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social. Para isso, nós nos apropriamos das concepções do conceito de território e territorialidade da geografia e de outras ciências como a ciência da saúde e a filosofia. Da geografia, tomamos, em especial, componentes da concepção de Claude Raffestin, geógrafo nascido na França em 1936, por esse autor entender que o estudo da geografia é formado pelas relações sociais efetivadas entre os sujeitos e o objeto, ou seja, as relações que se concretizam no território e significam territorialidade, o que contribui para a compreensão do cotidiano dos agentes em uma prática hospitalar concreta, para a análise das características da organização tecnológica e social do trabalho em saúde no âmbito hospitalar.

Dessa forma, abordar o hospital a partir da interação entre disciplinas caracteriza uma proposta interdisciplinar que pode ir da simples comunicação de ideias até a integração mútua de conceitos (Fourez, 2001). A interdisciplinaridade trata das interações e sinergias entre as diferentes especialidades, levando-se em consideração a totalidade do ser humano e as circunstâncias que o rodeiam (Gattas, 2005). A esse respeito, Morin e Le Moigne (2000) acrescentam que a supremacia do conhecimento fragmentado em relação às disciplinas impede, frequentemente, de operar o vínculo entre as partes e a totalidade, e deve ser substituído por um modo de conhecimento capaz de apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade, seu conjunto.

A interdisciplinaridade é chamada a postular um

novo tipo de questionamento sobre o saber, sobre o homem e sobre a sociedade. Não se trata de postular uma nova síntese do saber, mas sim, de constatar um esforço por aproximar, comparar, relacionar e integrar os conhecimentos (Japiassu, 1976).

Na atual complexidade do Sistema de Saúde, a interdisciplinaridade tem envolvido ações que permeiam tanto as práticas como os discursos disciplinares como forma de superação ao enfoque mecanicista e simplificador em que o ser humano frequentemente é concebido em partes/fragmentos/pedaços (Santos e Hammerschmidt, 2012). Essa realidade é mais desafiadora na área da saúde do que em outras áreas disciplinares, na medida em que o conhecimento deve responder não só pela diversidade de seu objeto, no interior de sistemas lógicos, com garantia de validade e veracidade, como também num sistema tecnológico, com potencial de intervenção.

Dessa forma, os princípios de complexidade propostos por Morin e Le Moigne (2000) incitam a construção do conhecimento na saúde para prática de inter-relação, de interdisciplinaridade e interação, articulando os conhecimentos das diferentes áreas, suprindo, assim, a supremacia do conhecimento fragmentado em função das disciplinas, integrando o pensamento complexo, opondo-se aos mecanismos reducionistas. É uma atividade mental que procura integrar os pensamentos lineares e sistêmicos, simplificadores e totalizantes da era moderna, num esforço do pensamento para promover a união, operando com diversidade de pensamento.

Assim, agregadas as possibilidades de compreensão do hospital a partir da interdisciplinaridade, incita-nos a necessidade de articulação/religação dos saberes, permitindo a relação da parte no todo e do todo na parte, além de proporcionar uma nova visão das concepções de vida, do social e de saúde vigentes.

O território de produção de atos de saúde

O hospital como território de tratamento e cura por meio de práticas interdisciplinares e intersetoriais está aderido à lógica da acumulação de capital, ao incremento tecnológico e às formas de organização

do trabalho utilizadas na indústria. As mudanças no trabalho industrial têm afetado o trabalho em saúde, especialmente quanto ao uso de equipamentos tecnológicos e à terceirização de serviços desenvolvidos em instituições que seguem rígidas normas hierárquicas e são, intensamente, burocratizadas (Pires, 1998).

Para Merhy (2002), o campo da saúde, capitaneado pelo capital financeiro, apresenta muitas insuficiências próprias dos atos produtivos em saúde, podendo-se destacar: os modelos centrados e os procedimentos, a ausência de ações integralizadas e unificadas centradas no usuário. Sob esse aspecto, para Guattari (1995), o modo de produção capitalista tomou conta de diferentes campos da vida com amplo domínio sobre o conjunto da vida social, econômica e cultural, configurando, portanto, também um certo padrão de subjetividade que pode ser designado, segundo o autor, de “capitalístico”.

Nesse contexto, Merhy (2002) aponta ainda que a produção de atos de saúde é formada por segmentos, superfícies e territórios inseridos em uma lógica capitalista que não favorece a produção de subjetividades e singularidades que não estejam a serviço do regime de produção capitalista vigente, denotando um trabalho massificado, produzindo subjetividade sujeitada à lógica dominante. Ao construir/reconstruir coletivos de trabalho, o capital opera um movimento de captura da subjetividade voltada para seus interesses, para a lógica da individualidade, para o consumo e a geração de lucro, ou seja, produz uma subjetividade capitalística (Deleuze e Guattari, 1999).

As organizações de saúde, em especial o hospital, não têm permitido a autonomia dos sujeitos, quer trabalhadores, quer usuários, pois encontram-se ainda fortemente ancoradas em modelos administrativos permeados pela fragmentação, pela rigidez e pelo mecanicismo. Isto posto, na perspectiva de Morin (2003), há presente, de forma intensa, um modelo ideal de funcionalidade e racionalidade que extrapola o aspecto abstrato e se expressa por meio de ações/attitudes humanas com forte apelo ligado à rigidez, segundo a qual tudo deve ser programado, aplicando regras impessoais, válidas para todos, com vistas a garantir a funcionalidade.

Para a produção de atos de saúde, os sistemas

de saúde se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção. A organização desses serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de postos de saúde (Mendes, 1993).

A territorialização, nesse sentido, é o caminho para fazer o reconhecimento do território vivo com vistas à organização do processo de trabalho; representa importante instrumento dessa organização e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada (Monken e Barcelos, 2005).

Com base nas concepções de Deleuze e Guattari (1999), a construção do território para produção de atos de saúde deve acontecer através de agenciamentos maquínicos de corpos (ou de desejos), que dizem respeito a um estado de mistura e relações entre os corpos em uma sociedade. Guattari e Rolnik (2000) referem-se aos agenciamentos como uma noção mais ampla do que a de estrutura, sistema, forma etc. Um agenciamento comporta componentes heterogêneos, tanto de ordem biológica, quanto social, maquinica, gnosiológica, imaginária.

De acordo com Deleuze e Guattari (1999), existe um duplo agenciamento: o agenciamento maquinico de corpos, que são as máquinas sociais, as relações entre os corpos humanos, ações e paixões, mistura de corpos agindo uns sobre os outros; e o agenciamento coletivo de enunciação que remete ao enunciado, a um regime de signos, a uma máquina de expressões cujas variáveis determinam o uso dos elementos da língua, e não dizem respeito a um sujeito, pois a sua produção só pode se efetivar no próprio *socius*.

Para Matumoto (2003), os profissionais de saúde, ou na concepção de Raffestin, os atores sintagmáticos, que produzem atos cuidadores nos diferentes territórios de produção de atos de saúde, devem inventar modos de criar agenciamentos maquinicos de desejo de uma nova saúde, formando parcerias com

os usuários e grupos organizados da comunidade. A autora cita que esse é um dos desafios propostos por alguns modelos de atenção à saúde, uma vez que o funcionamento das sociedades modernas atuais submete esses atores a um sistema político global, unificado e estruturado através de linhas de segmentariedade. Para explicar esse fenômeno, a autora toma o diálogo entre Deleuze e Parnet (1998), no qual os autores afirmam que somos feitos de linhas e essas linhas são de natureza diversa.

Deleuze e Guattari (1999) também afirmam que somos segmentarizados por um emaranhado de linhas que definem estratos do nosso viver, sendo elas de segmentariedade dura e compreendem o funcionamento da sociedade a partir de códigos, territórios e configuram dispositivos de poder. A segmentariedade opera a organização do espaço social do Estado e constrói uma hierarquia e uma burocracia pouco flexível. A segunda linha é a flexível e caracteriza-se como aparelhos ideológicos do Estado, com suas máquinas burocráticas, a exemplo da divisão das profissões, uma vez que a centralidade em determinada profissão, como a médica, restringe a atuação terapêutica de outros profissionais. Por fim, estão as linhas de fuga que, segundo os autores, são imperceptíveis, começam pelo meio, estão no meio, no emaranhado das linhas, e quebram o ritmo cotidiano do instituído, provocam rupturas, questionam regras, provocam desterritorialização.

As instituições de saúde e os atores sintagmáticos se entrecortam em linhas que desenham territórios, às vezes atentando contra aquilo que é seu sentido de existência, no caso da saúde, a vida: vida dos atores sintagmáticos e vida dos usuários (Matumoto, 2003).

Nós, redes e malhas no território hospitalar

Raffestin (1993), a partir de sua compreensão de que a complexidade das relações de poder e dominação e de que o modo de produção capitalista dinamizaram o território, elaborou o conceito de *sistema territorial*, podendo ser chamado de “essencial visível”, das práticas espaciais. Para o autor, esse sistema é construído pelos atores e suas relações de poder,

e para efetuar as ligações econômicas, políticas e culturais nos territórios os atores procedem à repartição das superfícies em malhas, implantam nós e constroem redes, delimitando campos de ações nas práticas espaciais e constituem o território como materialidade.

As malhas, os nós e as redes revelam a produção territorial. Esses sistemas de tessitura, de nós e de redes são produzidos pelos atores, marcados por toda uma infraestrutura e pelos modos de produção. As redes, centrais na produção do território, têm prevalência em sua proposta de abordagem territorial não areal; são compreendidas através da complementaridade existente entre a circulação e a comunicação, como fluxos materiais e imateriais. Nesse caminhar, o autor reconhece ainda aspectos das funções da linguagem, da comunicação, do sagrado e do profano, diferenças raciais e étnicas, signos.

Por sua vez, Santos (2006) caracteriza as redes como um veículo de movimento dialético que confronta, ao mesmo tempo em que une, o global e o local, criando, paralelamente, ordem e desordem no território, já que integram e desintegram, destroem velhos recortes espaciais e criam outros. Argumenta ainda que:

É por meio dessas linhas de menor resistência e, por conseguinte, de maior fluidez, que o mercado globalizado procura instalar a sua vocação de expansão, mediante processos que levam à busca da unificação e não propriamente à busca da união [...] uma competitividade que agrava as diferenças de forças e as disparidades, enquanto o território, pela sua organização, constitui-se num instrumento do exercício dessas diferenças de poder (Santos, 2000, p. 84-85).

Para Fernandes (2006), o hospital é também o local onde está presente a multiplicidade humana que convive com a ordem e a desordem, dentro de um sistema burocrático que esgota as possibilidades de flexibilidade e adaptabilidade dos indivíduos. Ancorada na perspectiva de Morin (1996), a autora esclarece que, no hospital, há presente, de forma intensa, um modelo ideal de funcionalidade e racionalidade, que extrapola o aspecto ligado à rigidez segundo a qual tudo deve ser programado, e para isso são aplicadas regras impessoais, válidas para todos,

com vistas a garantir a funcionalidade. Nessa perspectiva, Morin (1996) esclarece que há complexidade onde quer que se produza um emaranhado de ações, de interações e retroações e, nesse emaranhado, não é possível captar todos os movimentos/processos que estão em curso, existindo, ainda, a junção do ordenado/previsível e do desordenado/ previsível.

O movimento da ordem e da desordem evidencia-se no conflito produzido pela contradição que tende à desorganização, ao mesmo tempo em que elas são complementares, elas são concorrentes e incertas. Essa relação evidencia um princípio da complexidade conhecido como dialógico. O princípio dialógico surge exatamente para evidenciar ideias contrárias e sua interação (Morin, 1996).

A respeito das tessituras (malhas, nós, redes), estas podem ser representadas no território hospitalar por um complexo emaranhado. Na organização tecnológica e social do trabalho em saúde, por exemplo, o hospital assume posição fundamental, por ser o local onde as práticas e os saberes se desenvolvem historicamente. Segundo Donnangelo (1975), o caráter histórico das práticas de saúde e de seus objetivos pode ser apreendido nas transformações dos meios de trabalho. As ações dos agentes não se revestem apenas de caráter técnico enquanto manipulação de instrumentos técnicos e científicos para produzir transformações no corpo doente. Mesmo enquanto práticas técnicas, respondem a exigências econômicas, políticas e ideológicas, articulando-se às demais práticas da sociedade. O consumo de sofisticados recursos de diagnóstico e terapêutico atende também a outras necessidades, além dos avanços científicos e tecnológicos. Esses meios de trabalho, resultantes de processos de produção industrial complexos e de alto custo, representam uma vinculação das práticas de saúde com os objetivos da produção econômica. A incorporação de novos meios de trabalho acarreta novas configurações internas do processo de trabalho, mas ao mesmo tempo diz respeito à forma de articulação entre as práticas de saúde e a produção em geral, através do consumo dos produtos da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares (Fernandes, 2006).

No aspecto político, a produção do cuidado no hospital está estruturada com base em um trabalho

coletivo, no qual há uma diversidade de profissionais envolvidos na assistência ao paciente, operando com saberes e tecnologias que permitem apreender o objeto de trabalho, que é o corpo doente, e nele realizar transformações. Com frequência, os diversos agentes realizam atividades de forma isolada e fragmentada por intervenções de diversos profissionais, atuando de forma independente, cada um de acordo com um saber específico, caracterizando a divisão técnica do trabalho, separando o trabalho intelectual e o trabalho manual, ocasionando a execução fragmentada do cuidado por diversos agentes (Lima, 1998).

Segundo Merhy (1997), uma importante peculiaridade do trabalho em saúde está na produção de serviços junto ao usuário, que nada mais é que seu produto final, que ele denomina de espaço micropolítico do trabalho em saúde, no qual ficam claras as necessidades de saúde do consumidor, que procura ações de saúde com valor de uso fundamental. Para o autor, os instrumentos de trabalho dos profissionais de saúde são compostos pelas tecnologias duras, leves-duras e leves. As tecnologias duras seriam os equipamentos, as máquinas, e encerram o trabalho morto, fruto de outros momentos de produção, conformando, assim, saberes e fazeres bem estruturados e materializados, acabados e prontos. As tecnologias leves-duras seriam aquelas referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho; são as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo. As tecnologias leves são as tecnologias de relações, como o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e autonomização.

O acolhimento, como forma de responsabilização, pressupõe o reforço do vínculo, compromisso do profissional/equipe de saúde com o usuário, tanto na produção de sujeitos autônomos, quer profissionais, quer usuários, quanto no aumento do percentual de cura (Merhy, 2002). O autor acrescenta que, na realidade dos serviços de saúde, o que se tem visto é a produção de atos na forma de procedimentos e a produção de procedimentos na forma de cuidado, sem haver compromisso com a cura/autonomia dos indivíduos.

Poder e disciplinamento no hospital

Galvão e colaboradores (2009) abordam o fato de Raffestin ter construído uma abordagem relacional em que o território é formado pelas relações de poder multidimensionais e a territorialidade é o produto dessas relações. Os autores sinalizam que, para Raffestin, existe o Poder e o poder. O Poder, com letra maiúscula, é a soberania do Estado, são fins que garantem a sujeição dos cidadãos ao Estado. O poder, com letra minúscula, é aquele que está presente em cada relação, na curva de cada ação que utiliza as fissuras sociais para se infiltrar.

Para explicar o seu entendimento sobre o poder, Raffestin aplica as concepções de Michel Foucault, entendendo “poder” como um conjunto de diferentes relações que permeiam determinado lugar. Por isso, a concepção não deve ser vinculada exclusivamente à figura de um território fixo, um recurso, mas deve ser concebida como algo que ultrapasse as barreiras dos territórios materiais através de relações distribuídas por toda a organização social. O poder, portanto, é relacional, pois é intrínseco a todas as relações sociais.

Para Foucault (2003), o poder não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas, os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer esse poder e de sofrer sua ação; nunca é o alvo inerte e consentido do poder, são sempre centros de transmissão.

O conceito de poder trabalhado por Foucault (2003) dá-se por meio de um sistema disciplinar disperso, que funciona anonimamente, através de um controle incessante que se faz valer de práticas discursivas que serão aplicadas sobre os sujeitos. Dessa forma, na perspectiva foucaultiana, o poder é operacionalizado em três áreas principais: o poder soberano, o poder disciplinar e o poder pastoral. O poder soberano é uma forma de poder que usa a regra sobre pessoas e objetos. O poder disciplinar requer uma infinidade de formas, técnicas e ferramentas, tais como a observação hierárquica, o julgamento e a análise; essas tecnologias utilizadas como padrões

de monitoramento são amplamente utilizadas nas áreas de produção de conhecimento, como universidades e hospitais, produzindo formas de governo ou de autodisciplina. Pode-se considerar o poder pastoral (e a confissão de que é a ferramenta principal), como uma forma de embalagem externa que provoca reflexões internas que podem levar a normalizar as ações e a subjugar (Martin, 2010).

Para Foucault (2005), a punição e a vigilância são mecanismos de poder utilizados para docilizar e adestrar as pessoas para que se adequem às normas estabelecidas nas instituições. A vigilância é uma tecnologia de poder que incide sobre os corpos dos indivíduos, controlando seus gestos, suas atividades, sua aprendizagem, sua vida cotidiana.

Como instituição ou dispositivo de normalização disciplinar, o hospital tem suas ações orientadas para construir um espaço salutar e corretivo que, de maneira indireta, mantém constante vigilância social. Promove a (re)organização dos espaços com base em uma tecnologia de dispositivos dos indivíduos, arranjando-os em espaços “ideais”, de forma que sejam classificados e hierarquizados.

A esse respeito, Foucault (2003) cita que é a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização, a disciplinarização do espaço hospitalar, e a transformação, nessa época, do saber e da prática médica que asseguram o esquadrinhamento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença. Os doentes eram individualizados e distribuídos em um espaço onde poderiam ser vigiados e seria registrado o que acontecia.

Carapinheiro (1998) também argumenta que como outras organizações modernas, o hospital constitui um dos elementos de um aparelho de disciplina e regulação na sociedade, que assegura a ordem não por meio da vigilância, mas por intermédio de uma micropolítica de disciplina, na qual as pessoas são moralmente reguladas para a conformidade. A esse respeito, a autora destaca o fluxo de registros do paciente desde a sua chegada ao hospital, como número de leito, informação sobre produção do cuidado, se houve óbito ou cura, revelando o disciplinamento dos atos hospitalares. Dessa forma, a reorganização do hospital dá-se mediante a introdução de uma nova tecnologia política, a dis-

ciplina, que se encarrega de organizar e distribuir os corpos, colocando-os sob vigilância constante, tornando visíveis os mecanismos que produzem saber e poder; um conjunto de práticas (visita, exame) que produz, em uma só operação, determinados conhecimentos sobre o homem.

Outra importante contribuição de Carapinheiro (1998), ao discutir as relações de poder dentro da temática hospitalar, é a análise do poder médico. Esse poder é denominado de poder-saber e salientado em termos do saber como autonomia profissional do trabalho médico. A autora aborda a constituição da estrutura hospitalar e a influência da autoridade médica na divisão do trabalho, a constituição dos poderes e as formas de poder da profissão médica sobre as demais profissões da saúde. Aponta ainda a centralidade do saber médico no trabalho hospitalar, convertendo todos os outros saberes que intervêm no cuidado do doente em saberes periféricos, entre os quais se situam os saberes de enfermagem.

A respeito de poder-saber, Foucault (2005) argumenta que não há relação de poder que não esteja intrinsecamente vinculada a um campo de saber. Do mesmo modo que não há saber que não corresponda a um determinado poder, o poder produz saber. Não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber. Nessa ordem de entendimento, é o poder-saber, seus processos e suas lutas que o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento.

Bianchessi e Tittoni (2009) argumentam que no exercício do trabalho hospitalar desencadeia-se, permanentemente, uma relação de dependência entre diferentes trabalhadores, marcada pelas expectativas de uns com os outros e com os modos de ser de cada trabalhador. Nessas relações de dependência se acirram os jogos de saber/poder, nos quais todos estão implicados. Por exemplo, mesmo que o médico esteja no lugar considerado como de maior evidência no hospital, ou com o saber mais legitimado, ele depende dos outros profissionais para exercer seu trabalho.

Raffestin (1993) fornece uma importante contribuição ao colocar que o poder se enraíza no trabalho. O trabalho seria esse vetor mínimo e original, definido por duas dimensões: a energia e a informação. O trabalho é a energia informada. A

energia desprendida no ato do trabalho decorreria de uma decodificação das informações. Desse modo, não se trata apenas de compreendermos em quais condições se efetiva a apropriação do trabalho, ou melhor, da energia enquanto dimensão decorrente do trabalho humano, mas também de apreendermos, em sua dimensão informacional, as diferentes combinações e os direcionamentos que este trabalho abstrato, alienante, obtém, promovendo a produção do espaço via território (Eduardo, 2006).

Territorialização, desterritorialização e reterritorialização

Para Raffestin (1993), os homens vivem, ao mesmo tempo, o processo e o produto territoriais por meio de um sistema de relações existenciais e/ou produtivas. Todas elas são relações de poder uma vez que existe interação entre os agentes que buscam modificar tanto as relações de poder com a natureza, como as relações sociais. Sem se dar conta disso, os atores também modificam a si próprios. Raffestin define a territorialidade como:

“[...] um conjunto de relações que se originam num sistema tridimensional sociedade-espaco-tempo em vias de atingir a maior autonomia possível, compatível com os recursos do sistema. [...] essa territorialidade é dinâmica, pois os elementos que a constituem [...] são suscetíveis de variações no tempo. Essa territorialidade resume de algum modo, a maneira pela qual as sociedades satisfazem num determinado momento, para um local, uma carga demográfica num conjunto de instrumentos também determinados, suas necessidades em energia e em informação” (Raffestin, 1993, p. 160-61).

Outra contribuição fundamental de Raffestin, em consonância com Deleuze e Guattari (1999), diz respeito ao movimento que denomina de processo TDR (territorialização, desterritorialização e reterritorialização). Segundo ele, esse movimento ocorre em virtude de fatores, principalmente econômicos, e estão presentes na dinâmica econômica, nas informações e comunicações, nos preços, gerando um espaço temporalizado em razão dessas informações que circulam e comunicam. Além disso, existem, também, fatores culturais que condicionam a TDR.

Nesse sentido, a desterritorialização é o movimento pelo qual se abandona o território e a reterritorialização é o movimento de construção do território. No primeiro movimento, os agenciamentos se desterritorializam, e no segundo eles se reterritorializam como novos agenciamentos maquinicos de corpos e coletivos de enunciação (Deleuze e Guattari, 1999).

Na concepção de Guattari e Rolnik (2000), o território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair do seu curso e se destruir. O ser humano está mergulhado num imenso movimento de desterritorialização, no sentido de que seus territórios originais se desfazem ininterruptamente com a divisão social do trabalho, com a ação dos deuses universais que ultrapassam os quadros da tribo e da etnia, com os sistemas maquinicos que o levam a atravessar, cada vez mais rapidamente, as estratificações materiais e mentais. A reterritorialização consistirá numa tentativa de recomposição de um território engajado num processo desterritorializante. Dessa forma, criar um território é se apropriar, material e simbolicamente, das diversas dimensões da vida. O Estado e as instituições tendem sempre a manter territórios como forma de poder e controle. Toda territorialização é uma significação do território (político, econômico, simbólico, subjetivo) e toda desterritorialização, (re) significação, formas de combate à inscrição da vida em um “terroir”, linhas de fuga.

Deleuze e Guattari (1999) afirmam que a desterritorialização e a reterritorialização são processos indissociáveis. Se há um movimento de desterritorialização, teremos também um movimento de reterritorialização. A vida social precisa de territórios para existir (leis, instituições, arquiteturas), mas o vitalismo só existe a partir de tensões desterritorializantes que impulsionam e reorganizam esses territórios. A vida social deve ser entendida como mobilidade e fluidez e não como arquitetura fechada (poder, classe, instituições). A dinâmica da sociedade se estabelece mais por movimentos de fuga do que por uma essência imutável das coisas. O que interessa são processos, dinâmicos, desterritorializantes, reterritorializantes e territorializantes, que marcam o social.

Assim, os profissionais de saúde vão vivendo a

territorialização, desterritorialização e reterritorialização no interior dos serviços de saúde, nas relações entre si, nas relações trabalhadores/usuários, trabalhadores e gestão tencionando-se ante as distintas intencionalidades, ou seja, organizando o trabalho, produzindo o cuidado, cuidando de si, do outro, relacionando-se com a família, com o mundo.

Nesse caminhar, concordamos com Santos (2000), para quem o território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem, mas é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida sobre os quais ele influi; não é apenas o lugar de uma ação pragmática, e seu exercício comporta, também, um aporte da vida, uma parcela de emoção.

Considerações finais

Com o objetivo de construir observações que permitissem compreender o hospital no contexto interdisciplinar, a partir de um arcabouço teórico relevante, que teve como uma de suas bases o conceito de território, explorado na ciência geográfica, partimos para a compreensão da complexidade do espaço hospitalar apropriado por um determinado tecido social, em suas diferentes dimensões territoriais, em que o poder e o trabalho estão imbricados nesse sistema.

No hospital existem diversos territórios e territorialidades sobrepostas e articuladas no mesmo espaço geográfico, devido, justamente, às complexas e abrangentes formas existentes de apropriação do espaço e de construção de territórios. Sendo assim, esse território é um espaço onde se concretiza o trabalho dos profissionais de saúde, materializado em forma de energia e/ou informação, em que inerentes relações de poder e interesses se encontram. Essas relações, mesmo que sejam um sistema de elo de existência e/ou produtivo, são relações de poder, pois instauram atos de dominação e subordinação, a exemplo do saber-poder salientado em termos do saber como autonomia profissional do trabalho médico tão fortemente expressa nas relações cotidianas entre médicos e demais profissionais de saúde. Desse forma, cada modo de produção suscita diferentes formas de produção e apropriação do espaço, isto é,

configuram-se diferentes arranjos territoriais, em que o modo de produção capitalístico assume um arranjo espacial e territorial característico.

Uma perspectiva relacional do território (como a que adotamos) implica que qualquer agrupamento humano vai estar sempre permeado por relações de poder, posto que a existência deste tipo de relação é coexistente com a vida social. Nesse contexto, o hospital, como outras organizações modernas, constitui-se como um dos elementos de um aparelho de disciplina e regulação da sociedade, encarregando-se de organizar e distribuir os corpos, colocando-os sob vigilância constante.

Sabemos que o conceito de território possui outros significados, na medida em que múltiplos poderes determinam múltiplas territorialidades que se sobrepõem e convivem exprimindo a relação que um grupo mantém com uma porção do espaço. Entretanto, os conceitos apresentados mostraram-se abrangentes e demonstraram que o hospital pode ser observado a partir das relações que o compõem e o transformam em território. Estas características ganham importância quando se menciona a possibilidade de haver: um território fruto de uma mistura de identidades ou ainda da sobreposição de identidades, organização social das ações manifestadas no cotidiano hospitalar, e a organização dos pensamentos e desejos que as diferentes identidades estabelecem no território em que manifestam sua territorialidade.

Concluímos, então, que o território hospitalar, como os demais territórios, é a expressão concreta e abstrata do espaço apropriado, produzido, formado em sua multidimensionalidade, pelos atores sociais que o (re)definem constantemente em suas cotidianidades, num campo de forças relationalmente emaranhado por poderes nas mais variadas intensidades e ritmos.

Referências

- BIANCHESSI, D. L. C.; TITTONI, J. Trabalho, saúde e subjetividade sob o olhar dos trabalhadores administrativo-operacionais de um hospital geral, público e universitário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 969-988, 2009.
- CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento, 1998.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999. v. 3.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- EDUARDO, M. F. Território, trabalho e poder: por uma geografia relacional. *Campo-Território: Revista de Geografia Agrária*, Uberlândia, v. 1, n. 3, p. 173-195, 2006.
- FERNANDES, M. S. *A produção e a gestão do cuidado: notas cartográficas dos atos cuidadores do enfermeiro no cotidiano hospitalar*. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 18. ed. Rio de Janeiro: Grall, 2003.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- FOUREZ, G. Interdisciplinarité et îlots de rationalité. *Canadian Journal of Science, Mathematics and Technology Education*, Toronto, v. 1, n. 3, p. 341-348, 2001.
- GALVÃO, A. R. G.; FRANÇA, F. M.; BRAGA, L. C. O território e a territorialidade: contribuições de Claude Raffestin. In: SAQUET, M. A; SOUZA, E. B. C. (Org.). *Leituras do conceito de território e de processos espaciais*. São Paulo: Expressão Popular, 2009. p. 36-46.
- GATTAS, M. L. B. *Interdisciplinaridade em cursos de graduação na área da saúde da Universidade de Uberaba-Uniube*. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- GUATTARI, F. *As três ecologias*. Campinas: Papirus, 1995.

- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografia do desejo*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- LIMA, M. A. D. S. *O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico*. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.
- MARTIN, P. Pouvoir pastoral, normalisation et soins infirmiers: une analyse foucaldienne. *Aporia*, Ottawa, v. 2, n. 2, p. 26-35, 2010.
- MATUMOTO, S. *Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento*. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- MENDES, E. V. *Distritos sanitários: processo social de mudanças práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.
- MORIN, E. Epistemologia da complexidade. In: SCHNITMAN, D. F. et al. (Org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 274-286.
- MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. 4. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.
- MORIN, E.; LE MOIGNE, J.-L. *A inteligência da complexidade*. 2. ed. São Paulo: Petrópolis, 2000.
- PIRES, D. A. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. et al. *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, 1998. p. 25-48.
- RAFFESTIN, C. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Ática, 1993.
- RULLANI, E. Più locale e più globale: verso uma economia postfordista del territorio. In: SAQUET, M. A. *Abordagens e concepções sobre território*. São Paulo: Expressão Popular, 2007. p. 85-111.
- SANTOS, M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.
- SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A. A complexidade e a religião de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 65, n. 4, p. 561-565, 2012.
- SAQUET, M. A. *Os tempos e os territórios da colonização italiana: o desenvolvimento econômico da Colônia Silveira Martins; RS*. Porto Alegre: EST Edições, 2003.
- SAQUET, M. A. *Abordagens e concepções sobre território*. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

Recebido em: 15/01/2012

Aprovado em: 13/05/2013