

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia

Ronaldo Sales de Araujo

**A OUVI(DOR)I(A) HOSPITALAR COMO DISPOSITIVO DE TRANSFORMAÇÃO:
INQUIETAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE O MAL-ESTAR EM TEMPOS DE
PANDEMIA**

Belo Horizonte
2024

Ronaldo Sales de Araujo

**A OUVI(DOR)I(A) HOSPITALAR COMO DISPOSITIVO DE TRANSFORMAÇÃO:
INQUIETAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE O MAL-ESTAR EM TEMPOS DE
PANDEMIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Jacqueline de Oliveira Moreira
Coorientador: Prof. Dr. Francisco Manuel Montalbán Peregrín
Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais
Área de concentração: Processos de Subjetivação

Belo Horizonte
2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

A658o Araujo, Ronaldo Sales de
A ouvi(dor)i(a) hospitalar como dispositivo de transformação: inquietações
psicanalíticas sobre o mal-estar em tempos de pandemia / Ronaldo Sales de
Araujo. Belo Horizonte, 2024.
184 f. : il.

Orientadora: Jacqueline de Oliveira Moreira
Coorientador: Francisco Manuel Montalbán Peregrín
Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Serviços ao cliente. 2. Ouvidorias. 3.
Psicólogos. 4. Ouvidores. 5. Psicanálise. 6. Sujeito (Filosofia). 7. Política pública.
8. COVID-19, Pandemia de, 2020-. 9. Acolhimento. I. Moreira, Jacqueline de
Oliveira. II. Montalbán Peregrín, Francisco Manuel. III. Pontifícia Universidade
Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 159.964.2

Ronaldo Sales de Araujo

**A OUVI(DOR)I(A) HOSPITALAR COMO DISPOSITIVO DE TRANSFORMAÇÃO:
INQUIETAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE O MAL-ESTAR EM TEMPOS DE
PANDEMIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu
em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas
Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Doutor
em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Jacqueline de Oliveira Moreira
Coorientador: Prof. Dr. Francisco Manuel Montalbán Peregrín
Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais
Área de concentração: Processos de Subjetivação

Prof.^a. Dr.^a. Jacqueline de Oliveira Moreira – PUC Minas (Orientadora)

Prof. Dr. Francisco Manuel Montalbán Peregrín – UMA (Coorientador)

Prof.^a. Dr.^a. Maria Livia Tourinho Moretto – USP (Examinadora)

Prof.^a. Dr.^a. Sandra Djambolakdjian Torossian – UFRGS (Examinadora)

Prof.^a. Dr.^a. Ilka Franco Ferrari – PUC Minas (Examinadora)

Prof.^a. Dr.^a. Mônica Eulália da Silva Januzzi – PUC Minas (Examinadora)

Prof.^a. Dr.^a. Nádia Laguárdia de Lima – UFMG (Suplente)

Prof. Dr. Hélio Cardoso de Miranda Júnior – PUC Minas (Suplente)

Belo Horizonte, 04 de novembro de 2024.

AGRADECIMENTOS

O percurso do doutorado chegou ao fim. Estranhamente, por um lado, com a sensação de um efeito de luto e de perda. E, por outro, com a certeza da transmissão de uma experiência psicanalítica na ouvidoria hospitalar pública. Estou satisfeito com o resultado. Foi um período de ultrapassagens de desafios: aprender uma língua estrangeira (o espanhol), passar na seleção do doutorado-sanduíche, morar em Málaga e construir um entendimento técnico sobre o que poderia ser feito na instituição pública sob a ética do bem-dizer.

Durante a estadia em Málaga, tive uma perda real, a morte de uma tia querida, tia Lena, o que foi dilacerante. Ainda mais diante ao impedimento na logística de participar de sua despedida. Queria, ahhhh como queria, estar presente ali. Não foi possível, mas fiz o possível para mim: ir a uma igreja católica em Málaga e recordar momentos de afetos com a tia Lena. Aquilo foi apaziguador. Obrigado, tia, por tanto amor!!!

Ele, o amor, me banha por onde vou. E por isso quero agradecer aos meus familiares (minha mãe, pelo amor incondicional, minha irmã Mônica pela parceria na vida, e minhas tias, carinhosamente chamadas de Teca e Cida, pelo cuidado e afeto em todos os momentos na minha vida), meus amigos (Mud, Antônio, Paulinha, Everton, Lucas e Rosa que compartilham comigo seu amor pela psicanálise), meus colegas de doutorado, professores e as instituições que permitiram a realização dessa tese: CAPES, PUC Minas, UMA e FHEMIG.

Tulio, meu parceiro, amor de uma vida, obrigado por tanto, sempre invento alguma coisa ante meu desejo em avançar na psicanálise e você sempre me apoia, suporta minha ausência em casa e nunca a deixa desorganizada. Sinto seu amor e isso me basta, muito obrigado por tanto! Você é a pessoa mais generosa e ética que eu conheço. Te amo!!!

Jac, orientadora e amiga, este trabalho sem você não existiria. O percurso que trilhamos juntos foi um espaço para mim de amadurecimento, sempre com afeto. As orientações, os encontros, os estudos individuais e em grupo foram tão enriquecedores, não só na academia, mas na minha vida. Você é maravilhosa!!!

Manuel, coorientador e amigo, em terras tão distantes encontrei um porto seguro. Agradeço pela acolhida, pelos afetos e, sobretudo, pela transmissão psicanalítica. Seu rigor técnico e seu amor pela psicanálise foram uma luz no caminho da tese. Muito obrigado por sua generosidade em me receber na UMA e me apresentar sua cidade, a linda Málaga. Um encontro contingencial que se tornou um encontro para a vida. Espero você no Brasil!!!

Thati, professora de espanhol e amiga, sem você minha ida para a Espanha não ocorreria. Obrigado por ter apostado neste aluno. Seu amor pela docência mudou o meu mundo!

Aos professores que participaram da banca de qualificação, em especial a professora Maria Livia pelo acolhimento e sugestões de percursos que poderiam ser traçadas na tese, é uma honra contar com a sua participação também na banca de defesa. À professora Ilka, desde a graduação e agora também como docente na minha turma de doutorado, com seu estilo elegante e técnico que possibilitou uma rica discussão e transmissão da psicanálise. Também quero agradecer a oportunidade de conhecer o Manuel e fazer o doutorado-sanduíche na UMA. Ilka, sem você isso não teria ocorrido, obrigadíssimo! Professoras Mônica e Sandra agradeço o aceite do convite para avaliar a tese, participar da banca de defesa e dividir comigo este momento tão especial. Por fim, agradecer a gentileza dos professores Nádia, minha orientadora no mestrado/UFMG e, Hélio pela leitura atenta e a disponibilidade de participar da defesa em caso de alguma contingência com os examinadores.

Aos colegas de trabalho das instituições hospitalares pelas quais já passei desde 2007, e um salve especial para os colegas do Alberto Cavalcanti, em especial Claudia (Diretora Geral) e Claudineia (Núcleo de Ensino e Pesquisa).

Ao *sujeito*, de forma singular, pluralizado na minha experiência institucional, meu muito obrigado!

AGRADECIMIENTOS

El recorrido del doctorado ha llegado a su fin. Extrañamente, por un lado, con una sensación de luto y pérdida. Y, por otro, con la certeza de haber transmitido una experiencia psicoanalítica en la defensoría de un hospital público. Estoy satisfecho con el resultado. Fue un periodo de superación de desafíos: aprender una lengua extranjera (español), pasar la selección del doctorado sándwich, vivir en Málaga y construir una comprensión técnica de lo que se podía hacer en la institución pública bajo la ética del bien decir.

Durante mi estancia en Málaga, sufrí una pérdida real, la muerte de una querida tía, la tía Lena, que fue insoportable. Más aún ante el impedimento logístico de asistir a su despedida. Quería, ahhh cómo quería, estar allí. No fue posible, pero hice lo que pude: fui a una iglesia católica de Málaga y recordé momentos de cariño con la tía Lena. Eso me tranquilizó. ¡Gracias tía por tanto amor!

El amor me baña allá donde voy. Y por eso quiero agradecer a mi familia (a mi madre, por su amor incondicional, a mi hermana Mónica por su compañerismo en la vida, y a mis tías, llamadas cariñosamente Teca y Cida, por sus cuidados y cariño en todos los momentos de mi vida), a mis amigos (Mud, Antonio, Paulinha, Everton, Lucas y Rosa que comparten conmigo su amor por el psicoanálisis), a mis colegas de doctorado, profesores y a las instituciones que hicieron posible esta tesis: CAPES, PUC Minas, UMA y FHEMIG.

Tulio, mi compañero, amor de toda la vida, gracias por tanto, siempre invento algo ante mi deseo de avanzar en el psicoanálisis y tú siempre me apoyas, soportas mi ausencia en casa y nunca la dejas desorganizada. Siento tu amor y eso me basta, ¡gracias por tanto! Eres la persona más generosa y ética que conozco. ¡Te amo!

Jac, directora y amiga, este trabajo no existiría sin ti. El camino que hemos recorrido juntos ha sido un espacio de maduración para mí, siempre con cariño. La orientación, los encuentros, los estudios individuales y en grupo han sido tan enriquecedores, no sólo en lo académico, sino en mi vida. ¡Eres maravillosa!

Manuel, codirector y amigo, en tierras tan lejanas encontré un puerto seguro. Gracias por su acogida, su cariño y, sobre todo, su transmisión psicoanalítica. Su rigor técnico y su amor al psicoanálisis fueron una luz en el camino de la tesis. Muchas gracias por su generosidad al acogerme en la UMA y presentarme su ciudad, la bella Málaga. Un encuentro contingente que se convirtió en un encuentro para toda la vida. ¡Espero verte en Brasil!

Thati, profesora de español y amiga, sin ti mi viaje a España no habría sucedido. Gracias por arriesgarte con este estudiante. ¡Su amor por la enseñanza ha cambiado mi mundo!

A los profesores que participaron en el examen de calificación, en particular a la profesora Maria Livia, por su acogida y sugerencias de caminos que podrían trazarse en la tesis, es un honor contar con su participación en el examen de defensa. También me gustaría agradecer a la profesora Ilka por su estilo elegante y técnico, que ha permitido una rica discusión y transmisión del psicoanálisis. También me gustaría agradecerle la oportunidad de conocer a Manuel y hacer un doctorado sándwich en la UMA. Ilka, sin ti esto no habría sucedido, ¡muchas gracias! Profesoras Mónica y Sandra, gracias por aceptar la invitación de evaluar mi tesis, participar en el examen de defensa y compartir este momento tan especial conmigo. Por último, me gustaría agradecer a los profesores Nádia, mi diretora en la maestria/ UFMG y, Hélio sus amabilidades al leer atentamente mi tesis y sus disposiciones a participar en la defensa si hubiera algún imprevisto con los examinadores.

A mis compañeros de trabajo en los hospitales en los que he trabajado desde 2007, y un agradecimiento especial a mis compañeros del Alberto Cavalcanti, especialmente a Claudia (Directora General) y Claudineia (Centro de Docencia e Investigación).

Al sujeto, de forma singular, pluralizado en mi experiencia institucional, ¡muchas gracias!

FALA

Eu não sei dizer
Nada por dizer
Então eu escuto

Se você disser
Tudo o que quiser
Então eu escuto

Fala
Lá, lá, lá, lá, lá, lá, lá, lá
Fala

Se eu não entender
Não vou responder
Então eu escuto

Eu só vou falar
Na hora de falar
Então eu escuto

Fala
Lá, lá, lá, lá, lá, lá, lá, lá
Fala
Lá, lá, lá, lá, lá, lá, lá, lá
Fala
Lá, lá, lá, lá, lá, lá, lá, lá
Fala

(Secos e Molhados – Ney Matogrosso, 1973)

RESUMO

Esta pesquisa leva à transmissão de uma prática do psicólogo na função de ouvidor com formação psicanalítica em uma instituição hospitalar pública. Ela se justifica pela relevância científica e caráter inovador, por ser uma extensão da prática psicanalítica para além do consultório tradicional em tempos pandêmicos. Discutiu-se sua relevância social, ocasionando inovações na saúde coletiva brasileira, bem como uma mudança de paradigma que leva em conta o protagonismo do sujeito. Investigou-se quais seriam os efeitos, para o usuário e a instituição, quando o ouvidor é praticante da psicanálise. Como metodologia, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e o uso de vinhetas institucionais. A pesquisa tornou-se a concretização de uma aposta na transmissão de um saber particular do usuário do SUS. O ouvi(dor) com uma escuta de inspiração psicanalítica desvelaria as responsabilidades dos atores – agenciadores de discursos – presentes naquele cenário. Foi urgente pensar a singularidade como laço e como o psicanalista, com o seu ato, se conectaria e circularia pelos discursos presentes na instituição, sempre em movimento, numa posição orgânica, viva, inquieta e em marcha na escuta transgressora e mutável na crença de fazer avançar laços que viabilizem a dignidade humana, o que enfrentaria a inflexibilidade e a linearidade das operações institucionais verticalizadas. Constatou-se, ante a viabilização de um dispositivo de escuta na ouvidoria hospitalar, que o sujeito se apresentava a partir do seu encontro com outros modos de subjetivação no laço social, no entremuros na instituição. Isso abriu uma chance de repensar o vivido, de forma particular, o que ocasionou um desdobramento subjetivo ante a queixa por parte do sujeito e suas reverberações nas normas institucionais. Assim, verificou-se uma interface entre psicanálise e política, na saúde coletiva, ao considerar a problemática entre o saber universal e a verdade do particular. Ainda não se visualiza um tratamento humanizado e digno disponibilizados a todos cidadãos brasileiros na atualidade, mas acredita-se que este foi o primeiro passo no sentido de se constatar que é possível sustentar a dignidade humana na instituição pública, mesmo em tempos de uma prevalência do discurso capitalista. Conclui-se que o psicanalista com o seu desejo sob a transferência pode se servir desse novo *setting* – a ouvidoria hospitalar pública – em uma busca de permanecer vivo e atuante, o psicanalista de um lado, e de outro o usuário do SUS no enfrentamento às normas da instituição, como agentes de transformação.

Palavras-chave: Psicanálise, Ouvidoria, SUS, Política Pública, Discurso do Analista.

ABSTRACT

This research leads to the transmission of a practice of the psychologist in the role of ombudsman with psychoanalytic training in a public hospital institution. It is justified by its scientific relevance and innovative character, as it is an extension of psychoanalytic practice beyond the traditional consulting room in pandemic times. Its social relevance was discussed, leading to innovations in Brazilian public health, as well as a paradigm shift that considers the protagonism of the subject. We investigated what the effects would be for the user and the institution when the ombudsman is a practitioner of psychoanalysis. The methodology used was bibliographical research and the use of institutional vignettes. The research became the realization of a bet on the transmission of a particular knowledge of the SUS user. Psychoanalytically inspired listening would reveal the co-responsibilities of the actors - agents of discourse - present in that scenario. There was an urgent need to think about singularity as a bond and how the psychoanalyst, with their act, would connect and circulate through the discourses present in the institution, always on the move, in an organic position, alive, restless and on the move in transgressive and changeable listening in the belief of advancing bonds that make human dignity possible, which would confront the inflexibility and linearity of verticalized institutional operations. When a listening device was set up in the hospital ombudsman's office, it emerged that the subject was presenting himself because of his encounter with other modes of subjectivation in the social bond, between the walls of the institution. This opened a chance to rethink what was experienced in a particular way, which led to a subjective unfolding of the subject's complaint and its reverberations in institutional norms. Thus, there was an interface between psychoanalysis and politics in public health, when considering the problem between universal knowledge and the truth of the particular. The humanized and dignified treatment available to all Brazilian citizens today is not yet visible, but it is believed that this was the first step towards verifying that it is possible to sustain human dignity in public institutions, even in times of the prevalence of capitalist discourse. The conclusion is that the psychoanalyst, with his or her desire under the transference, can use this new setting - the public hospital ombudsman's office - in a quest to remain alive and active, the psychoanalyst on the one hand, and the SUS user on the other, in confronting the institution's norms, as agents of transformation.

Keywords: Psychoanalysis, Ombudsman, SUS, Public Policy, Discourse of the Analyst.

RESUMEN

Esta investigación conduce a la transmisión de una práctica del psicólogo en el papel de defensor del pueblo con formación psicoanalítica en una institución hospitalaria pública. Se justifica por su relevancia científica y carácter innovador, ya que es una extensión de la práctica psicoanalítica más allá de la consulta tradicional en tiempos de pandemia. Se discutió su relevancia social, dando lugar a innovaciones en la salud pública brasileña, así como a un cambio de paradigma que tenga en cuenta el protagonismo del sujeto. Se investigó cuáles serían los efectos para el usuario y la institución cuando el defensor es un practicante de psicoanálisis. La metodología utilizada fue la investigación bibliográfica y el uso de viñetas institucionales. La investigación se convirtió en la realización de una apuesta en la transmisión de un saber particular del usuario del SUS. La escucha de inspiración psicoanalítica revelaría las corresponsabilidades de los actores - agentes del discurso - presentes en ese escenario. Urgía pensar la singularidad como vínculo y cómo el psicoanalista, con su acto, se conectaría y circularía por los discursos presentes en la institución, siempre en movimiento, en una posición orgánica, viva, inquieta y en movimiento en una escucha transgresora y cambiante en la creencia de hacer avanzar vínculos que posibiliten la dignidad humana, lo que enfrentaría la inflexibilidad y linealidad del funcionamiento institucional verticalizado. Cuando se instaló un dispositivo de escucha en la oficina del defensor del hospital, surgió que el sujeto se presentaba como resultado de su encuentro con otros modos de subjetivación en el lazo social, entre los muros de la institución. Esto abrió la posibilidad de repensar lo vivido de manera particular, lo que llevó a un desdoblamiento subjetivo de la queja del sujeto y sus reverberaciones en las normas institucionales. Así, hubo una interfaz entre el psicoanálisis y la política en la salud pública, al plantearse el problema entre el saber universal y la verdad de lo particular. El tratamiento humanizado y digno disponible para todos los ciudadanos brasileños hoy todavía no es visible, pero se cree que este fue el primer paso para verificar que es posible sostener la dignidad humana en las instituciones públicas, incluso en tiempos de prevalencia del discurso capitalista. La conclusión es que el psicoanalista, con su deseo bajo la transferencia, puede utilizar este nuevo escenario - la defensoría del hospital público - en la búsqueda de mantenerse vivo y activo, el psicoanalista por un lado, y el usuario del SUS por otro, en la confrontación con las normas de la institución, como agentes de transformación.

Palabras clave: Psicoanálisis, Defensor del Pueblo, SUS, Políticas Públicas, Discurso del Analista.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Psicanálise e ciência	23
Figura 2 - Os lugares	30
Figura 3 - Discurso Universitário.....	31
Figura 4 – Discurso do Analista	34
Figura 5 – Discurso Capitalista	108

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. PSICANÁLISE E CIÊNCIA: DA QUESTÃO DO SUJEITO AO SUJEITO EM QUESTÃO.....	18
2.1. Psicanálise e ciência: a psicanálise é a ciência da linguagem habitada pelo sujeito.....	19
2.2. O sujeito da psicanálise e a emergência da verdade: não apenas um método científico.....	23
2.3. Discursos e laços sociais: a prática institucional.....	29
2.4. O psicanalista na posição de ouvi(dor) no hospital	37
3. OUVIDORIA HOSPITALAR E PSICANÁLISE: UM ENCONTRO INUSITADO.....	41
3.1. O advento da ouvidoria e suas normativas no campo da saúde coletiva brasileira.....	42
3.2. Dos antecedentes até o encontro com o psicanalista corporificado na instituição hospitalar.....	52
3.3. A clínica viva do mal-estar na instituição hospitalar: uma metodologia psicanalítica em movimento	59
3.4 Cena 1	65
4. A ATUALIDADE PANDÊMICA E AS BIOPOLÍTICAS: CORPOS CONTADOS... ..	69
4.1. A instituição hospitalar e os protocolos de biossegurança versus os modos de subjetivação.....	70
4.2. Cena 2	77
4.3. A pandemia por COVID-19: O (des)velamento da fragilidade humana.....	83

4.4. Medo da morte, corpos isolados, solitários e vigiados por um Outro: um panóptico biopolítico	91
5. UM SUJEITO, UMA POLÍTICA: A RESISTÊNCIA POSSÍVEL NO LUGAR DO OUVI(DOR)	94
5.1. “O inconsciente é a política”: inquietações freudo-lacanianas.....	95
5.2. Uma política do psicanalista e seu posicionamento no tempo em que se vive: o discurso do analista	104
5.3. Psicanálise e a crítica ao discurso capitalista: a ouvidoria não é lugar só de números	107
5.4. O hospital como espaço psicossocial: um cenário político em tempos, ainda, pandêmicos.....	111
5.5. Cena 3	114
5.6. Cena 4	118
6. PSICANÁLISE E SAÚDE COLETIVA: UMA ESCUTA DOS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO NA OUVI(DOR)I(A) HOSPITALAR	123
6.1. A noção de objeto na psicanálise freudo-lacaniana	126
6.2. A psicanálise como instalação portátil: uma defesa da subjetividade no entremuros da cidade.....	131
6.3. A construção de um dispositivo nômade na instituição hospitalar.....	135
6.4. O psicanalista como objeto nômade na ouvidoria hospitalar pública.....	138
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
REFERÊNCIAS	154
ANEXO 1: OUVIDORIA E PSICOLOGIA	168
ANEXO 2: TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD	183
ANEXO 3: CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL.....	184



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ATA DA 100ª DEFESA DE TESE

Ronaldo Sales de Araujo

Realizou-se, no dia 04 de Novembro de 2024, às 14:00, no *campus* Coração Eucarístico da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, a defesa de tese do Programa de Pós-graduação em Psicologia, intitulada "A OUVI(DOR)(A) HOSPITALAR COMO DISPOSITIVO DE TRANSFORMAÇÃO: INQUIETAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE O MAL-ESTAR EM TEMPOS DE PANDEMIA", apresentada por Ronaldo Sales de Araujo e orientado(a) pelo(a) Prof(a). Jacqueline de Oliveira Moreira, para complementação dos requisitos necessários à obtenção do grau de doutor, de acordo com o Regulamento Geral dos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da PUC Minas. A banca examinadora foi composta pelos seguintes membros: Jacqueline de Oliveira Moreira - Orientadora (PUC Minas), Francisco Manuel Montalbán Peregrín – Coorientador (UMA), Maria Livia Tourinho Moretto (USP), Sandra Djamboladjian Torossian (UFRGS), Ilka Franco Ferrari (PUC Minas) e Mônica Eulália da Silva Januzzi (PUC Minas).

Em sessão pública, o(a) candidato(a) foi arguido(a) pelos membros da banca que consideraram o trabalho:

- (X) Aprovado
() Reprovado

Assim, por estarem juntos e compromissados, assinam o presente Termo em conformidade com o artigo 107 do Código Civil Brasileiro e a Medida Provisória n.º 2.200-2/2001.

Esta ata não vale como certificado. A emissão do diploma está condicionada à entrega da tese devidamente corrigida nos termos do Regulamento Específico do Programa.

Assinado eletronicamente por: Jacqueline de Oliveira Moreira CPF: ***.854.516-** Data: 05/11/2024 09:01:39 -03:00	Firmado con firma simple por: Francisco Manuel Montalbán Peregrín Date: 5/11/2024 16:13:53 +01:00	Assinado eletronicamente por: Maria Livia Tourinho Moretto CPF: ***.638.595-** Data: 05/11/2024 16:39:25 -03:00
PARTICIPANTE 1	PARTICIPANTE 2	PARTICIPANTE 3
Assinado eletronicamente por: Sandra Djamboladjian Torossian CPF: ***.356.400-** Data: 07/11/2024 17:13:24 -03:00	Assinado eletronicamente por: Ilka Franco Ferrari CPF: ***.806.346-** Data: 05/11/2024 11:26:40 -03:00	Assinado eletronicamente por: MONICA EULALIA DA SILVA JANUZZI CPF: ***.812.166-** Data: 07/11/2024 21:07:59 -03:00
PARTICIPANTE 4	PARTICIPANTE 5	PARTICIPANTE 6

1. INTRODUÇÃO

É possível a escuta psicanalítica para além do consultório? É possível se orientar pela ética e política da psicanálise, quando a escuta se dá em um cenário institucional? O poder de escuta pode se apresentar em diferentes cenários e por uma questão contingencial, o setor de Ouvidoria de uma instituição hospitalar pública se tornou mais um lugar de prática psicanalítica, o que resultou na presente pesquisa. Propõe-se uma investigação psicanalítica fora da clínica em sentido estrito, sobretudo a transmissão de uma prática do psicólogo na função de ouvidor hospitalar com formação psicanalítica em uma instituição pública estadual na cidade de Belo Horizonte/MG.

Desde 2007, o autor desse trabalho exerce a função de psicólogo em instituições hospitalares na cidade de Belo Horizonte e atualmente é servidor público estadual no Hospital Alberto Cavalcanti (HAC) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), exercendo a função de ouvidor desde 2018. Na ouvidoria hospitalar gerida por um psicólogo, percebeu-se alguns efeitos nos usuários quando a assistência desses pacientes passou a ser realizada por um ouvidor com formação em psicologia e orientado pela teoria psicanalítica. A partir dessa observação, foi inevitável o interesse em estudar esse assunto e realizar essa pesquisa no nível de doutorado, abordando os efeitos psicológicos advindos de uma assistência diferenciada na ouvidoria hospitalar.

A aposta, desde o início, foi a sustentação de um dispositivo de escuta psicossocial que amplificasse a voz do usuário, via a participação social dos serviços de saúde ao encontro do profissional com o paciente, acompanhante e/ou servidor público. Procurou-se identificar uma experiência profissional no âmbito da rotina na instituição, mas também uma ultrapassagem dos afazeres burocráticos do ouvidor, ao sustentar um espaço de escuta do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS). Isso foi uma aposta de que ele, o usuário, pudesse se deslocar para uma assunção do sujeito e não somente de usuário - direitos e deveres garantidos pela constituição brasileira, implicando-o, assim, pelo mal-estar que o levou até à ouvidoria. Desta forma, esse estudo favorece o entendimento sobre o tratamento das queixas dos usuários, com uma prática institucional que leva em conta a dignidade humana com as diretrizes propostas no SUS.

A presente pesquisa no nível de doutorado foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC Minas nº 5491893 e FHEMIG nº 5529787, sendo desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PPGPSI – PUC Minas) e no estágio de pesquisa no exterior, na Universidad de Málaga (UMA),

na Espanha. O pesquisador foi acolhido pelo laboratório de pesquisa sobre processos de mediação na comunicação e estudos epistêmicos em psicanálise, sob a orientação do Prof. Dr. Francisco Manuel Montalbán Peregrín. Ele também é ouvidor universitário o que propiciou um avanço na temática de estudos desta pesquisa, concomitante a uma implementação do trabalho do psicólogo na saúde coletiva brasileira a partir dos conhecimentos acrescentados com os estudos realizados no Doutorado-sanduíche na UMA. Dessa forma, obteve-se uma incorporação de conhecimentos a nível internacional com aplicabilidade na esfera nacional brasileira nos campos da psicanálise, política e saúde coletiva.

Neste sentido, a partir da prática do ouvidor psicólogo e dos estudos desenvolvidos nessa parceria entre o Brasil e a Espanha, foi possível se pensar nas possibilidades de ações na prática institucional no setor da ouvidoria de saúde. Priorizar a importância da escuta no tratamento das queixas do usuário do SUS, acompanhantes e/ou servidores representa uma oportunidade de melhoria da execução do trabalho na saúde coletiva brasileira. Ademais, o psicanalista na ouvidoria hospitalar atua diretamente no atendimento aos usuários do SUS e servidores de saúde do Estado, com indiscutível melhoria nos processos de trabalho deste profissional e de sua equipe, gerando impacto na instituição e nos usuários do SUS, tendo em vista a oferta de um tratamento que leva em conta o acolhimento humanizado. E uma vez que a instituição também é o próprio campo de pesquisa, espera-se que este estudo promova uma profunda análise do processo de trabalho no contexto assistencial da rede FHEMIG.

Sendo essas as considerações iniciais, estudou-se os desdobramentos de uma escuta manejada a partir de ações ancoradas no escopo psicanalítico freudo-lacaniano, especialmente ao questionar um ideal social de negação da falta, presente no discurso normativo em uma instituição hospitalar pública, em tempos de uma insistência do discurso capitalista na atualidade. Essa instituição, nos últimos anos, vem sendo modificada por uma política governamental que ocasionou o fechamento de unidades assistenciais. Sabe-se, guardadas suas diferenças abissais, que a ouvidoria, como também um psicanalista, são lugares geralmente acionados quando algo não vai bem, denotando assim a semelhança por uma busca a um outro que oferte minimamente um espaço de escuta, que ouve dor.

Para defender o trabalho do psicanalista em uma perspectiva psicossocial frente a esse sujeito que fala, procurou-se analisar esse cenário a partir das contribuições lacanianas sobre a noção de discursos. Nesse sentido, estudou-se os produtos da ciência (saber médico) operacionalizada pelos protocolos institucionais e uma política de transformação psicossocial a

partir do discurso psicanalítico operacionalizado pelo *ouve(dor)*¹. Pensou-se no mal-estar verbalizado no acolhimento do usuário do SUS (cena institucional) na ouvidoria hospitalar, apostando-se na assunção do sujeito do desejo (subjetivação) que pode anunciar a presença de uma outra cena, que levaria em conta o um na instituição, ou seja, sua realidade psíquica.

Dessa forma, o foco seria esse manejo a partir da presença do desejo do analista, sob transferência, com o seu ato: autorizar a inscrição do mal-estar na ouvidoria hospitalar. Presumiu-se que isso geraria questionamentos subjetivos e objetivos com efeitos tanto no tratamento médico de cada paciente, como também nas revisões das normas propostas pela gestão hospitalar a partir da manifestação de insatisfação formalizada na ouvidoria. Ou seja, viu-se uma oportunidade de uma política de transformação ao levar em conta as ressonâncias da escuta psicanalítica na *ouvi(dor)i(a)* hospitalar. Vislumbrou-se, com isso, uma interface entre psicanálise e política na saúde coletiva, ao considerar a problemática entre o saber universal e a verdade do particular na instituição hospitalar.

A transmissão de uma prática institucional foi fundamentada a partir de vinhetas institucionais apresentadas ao longo do trabalho. Considerou-se, diante do contexto hospitalar, que o psicanalista ao se fazer presente na *ouvi(dor)i(a)* não como uma clínica tradicional, mas, como uma escuta psicanalítica, sob uma intervenção pontual, concreta e precisa naquele cenário, emprestaria seu olhar, sua escuta e sua voz para inscrever uma aplicabilidade da psicanálise na instituição.

Assim, a escuta psicanalítica não se restringiria somente ao consultório, mas sugerir-se-ia a aplicação desse dispositivo para além daquele *setting* tradicional, por exemplo, numa ouvidoria hospitalar. Ao apostar o que determinava a especificidade dessa escuta, constatou-se o lugar ocupado pelo psicanalista, agenciando o discurso como objeto *a*, causa de desejo, e sua orientação em direção ao singular de cada um. Como disse Laurent (1999, p. 13), “[...] há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora”.

¹ No trabalho, foram feitos alguns trocadilhos nas grafias das palavras “ouvidoria” e “ouvidor”. Isso foi utilizado com o objetivo de sublinhar uma dimensão de escutar a dor, que é muito cara à psicanálise. Por exemplo: *ouvi(dor)i(a)*, o objetivo foi extrair o significante dor e discorrê-lo como mal-estar inerente a todos seres falantes. Também, o “a” trabalhado com objeto *a*, o “a” na posição de agente do discurso do analista. Na palavra “ouvidor”, também foi utilizada de tal estratégia: *ouve dor*, no sentido do ato de ouvir, e *houve dor*, no sentido de “existiu dor”. Portanto, quando o leitor perceber o uso desses trocadilhos, foi com a tentativa de deslocar de uma ouvidoria no *stricto sensu*, para uma *ouvi(dor)i(a)* como dispositivo de transformação psicossocial.

Um outro ponto importante foi a discussão ao que se referiria a uma posição de resistência contra o discurso capitalista, que se instaurou tanto nas exigências institucionais, quanto também sobre uma prática na ouvidoria hospitalar que se contrapõem aos modelos de contabilização de números de atendimentos e as exigências de respostas rápidas. Nesse sentido, foi urgente perguntar sobre uma política que revelasse a resistência possível do psicanalista enquanto ouvidor. Indagou-se:

1. Qual posição o psicanalista pode sustentar, sobretudo, quando é convocado para o lugar de ouvidor?
2. Como resistir ao discurso capitalista representado pelos gráficos de avaliação de satisfação institucional?
3. Qual o efeito de um ouvidor com formação psicanalítica no contexto de uma instituição pública?

Nessa proposta de trabalho, refletiu-se sobre um convite desafiador que foi feito para um psicanalista, a saber: responder pela ouvidoria de um hospital público. Esse desafio se desenrolou em meio a uma crise sanitária mundial e em um contexto de dominação do modo produtivista de trabalho. Nesse sentido, ao acolher esse desafio, pretendeu-se dialogar com os possíveis elementos que atravessavam este lugar, que poderiam, de um lado, produzir uma posição estéril e de outro, encontrar um possível no interior das impossibilidades. Isso não deixava de ser uma aposta audaciosa e complexa, mas, sem dúvida, original e proveitosa. Tinha-se nas mãos a possibilidade de desvelar como a psicanálise se inovava diante de uma emergência sanitária em tempos de pandemia e o questionamento de como ela iria se inserir eticamente naquela instituição com as consequentemente incidências sobre o sujeito que vive na atualidade.

A pesquisa se tornou a concretização de uma aposta na transmissão de um saber particular do usuário do SUS, que poderia sinalizar uma articulação entre normas e o cidadão, ocasionando inovações na saúde coletiva brasileira, exemplificada em uma unidade hospitalar. Fez surgir também o protagonismo do sujeito no seu tratamento médico. Ao refletir sobre a presença do psicanalista fora do consultório tradicional, pôde-se inferir a presença da psicanálise no mundo, ou seja, sua função política via um praticante da psicanálise na instituição hospitalar.

Freud, no seu texto sobre as explicações, aplicações e orientações (1932-33/1996, p. 150), discorreu sobre a possibilidade do uso da psicanálise em outros campos sem abandonar

seu rigor ético, por exemplo, nas instituições públicas. Desde aquela época, Freud já refletia sobre a aplicabilidade da psicanálise no campo social a partir das novas condições do mundo. A extensão da prática psicanalítica para além do consultório tradicional seria uma possibilidade que o analista pôde lançar mão, como a extensão de sua intenção de responder com a sua ética aos imperativos da contemporaneidade.

Isso posto, essa pesquisa se justifica pela sua relevância científica e seu caráter inovador: demonstrar como a psicanálise se inova diante de uma emergência sanitária, em tempos de pandemia, com uma abrangência para além do setting tradicional e que se questiona eticamente ao ser inserida em uma instituição. Consequentemente, discute-se sua incidência sobre o sujeito que vive na atualidade. Numa análise econômica, pensa-se na extensão da prática psicanalítica para além do consultório tradicional. E, acima de tudo, discute-se sobre sua relevância social: uma aposta na transmissão de um saber particular do usuário do SUS, que pode sinalizar uma articulação entre normas e o cidadão, ocasionando inovações na saúde coletiva brasileira, exemplificada em uma unidade hospitalar, bem como o protagonismo do sujeito no seu tratamento oncológico.

Dentro dessa proposta, este trabalho foi constituído por cinco capítulos. No primeiro, trabalhou-se o sujeito inaugurado com a filosofia cartesiana na constituição da psicanálise e em seguida, foi pensada a subversão da psicanálise pela via do sujeito do discurso. Também, foi feito o anúncio da prática psicossocial e a política do psicanalista na ouvidoria hospitalar numa instituição pública estadual. No segundo capítulo, discutiu-se a psicanálise e a ouvidoria hospitalar, abordando algumas considerações teóricas. Nele, foi contextualizado a participação social do usuário do SUS, como a sua prerrogativa, seu histórico e a sua gestão tripartite. Naquele contexto, foi estudada a ouvidoria da saúde, seu histórico, antecedentes e o psicanalista corporificado na instituição hospitalar. Assim, a ouvidoria também seria um espaço de escuta do sujeito; esse sujeito como *um* na instituição e não somente como um dado estatístico.

Já no terceiro capítulo foi tratada a realidade pandêmica e as biopolíticas, corpos contados. Foi comentada a atualidade pandêmica por COVID-19. Como já era sabido, houve uma alteração abrupta no laço social, bem como um real que nos convocou ao trabalho. Nesse sentido, foi proposto um diálogo com as mudanças ocorridas na instituição hospitalar, por exemplo, os protocolos de biossegurança, o aumento dos contaminados e o medo da morte. Foi discorrido sobre um panóptico biopolítico a partir dos estudos foucaultianos, mas, naquele momento não para vigiar e sim para salvar vidas. Neles, foi trabalhada a assunção do sujeito diante de uma urgência que o colocava fora do tempo do Outro, um tempo subjetivo, resultado

da escutar, leitura e o posicionamento do ouvi(dor) com formação psicanalítica diante de um outro que verbalizava seu mal-estar.

No quarto capítulo, discorreu-se sobre a máxima lacaniana que “o inconsciente é a política” e, com isso, apresentou-se a noção de política nos estudos freudo-lacanianos. Sobretudo, discutiu-se sobre o mal-estar que fundou a cultura, defendido por Freud à noção de objeto *a*, mais-de-gozar nos estudos de Jaques Lacan. Assim, o hospital foi pensado como um espaço psicossocial, portanto um cenário político. Diante disso, abordou-se os efeitos da participação da lógica capitalista no SUS naquela realidade.

Finalmente, o quinto capítulo foi construído sob a referência teórica da psicanálise Lacaniana. Pretendeu-se dialogar sobre a ideia do psicanalista naquele lugar decantada da noção lacaniana de laços sociais, a presença do analista como aquele que ouve(dor). O analista entendido como um semblante de objeto *a* na sua vertente de causa de desejo. Assim, finalizou-se na confirmação ou não, se seria possível pensar a ouvidoria como um dispositivo de transformação psicossocial na saúde coletiva brasileira.

2. PSICANÁLISE E CIÊNCIA: DA QUESTÃO DO SUJEITO AO SUJEITO EM QUESTÃO

Pretende-se, neste capítulo, discorrer sobre alguns impactos da concepção do sujeito inaugurada pela filosofia cartesiana na constituição da psicanálise. Como afirma Lacan (1964/2008), o sujeito da psicanálise é o sujeito cartesiano. Pois, sem a revolução científica e a consequente produção da subjetividade por Descartes, não seria possível instituir uma ciência moderna. Nas palavras de Lacan:

Face à sua certeza, há sujeito, de quem lhes disse há pouco que está aí esperando desde Descartes. Ouso enunciar, como verdade, que o campo freudiano não seria possível senão certo tempo depois da emergência do sujeito cartesiano, por isso que a ciência moderna só começa depois que Descartes deu seu passo inaugural. (LACAN, 1964/2008, p. 49)

A partir disso, Lacan propôs um diálogo sobre o que seria o sujeito da psicanálise e suas implicações teóricas/práticas. Da concepção do inconsciente em Freud, no final do século XIX, até a teoria dos discursos proposta por Lacan, no final dos anos 1960 e início da década de 1970, ele defendeu a ideia de um discurso para além da fala, colocando-o como protagonista do laço social.

Com isso, o objetivo aqui é refletir sobre dois paradigmas de subjetividade. O primeiro, um conceito totalmente tributário da ciência positivista e que por vezes forclui a própria experiência subjetiva, especialmente nas propostas de quantificação e mensuração que por vezes são exigidas nas instituições, por exemplo, em uma unidade de saúde. E, o segundo, um conceito de subjetividade proposto pela psicanálise. Além disso, em um momento posterior, propõe-se pensar como esses dois conceitos operam no cotidiano de um psicanalista, especialmente, no hospital oncológico. Pareceu importante ressaltar que este se trata de um psicanalista que trabalha na gestão da saúde coletiva, na função de psicólogo clínico e de ouvidor. Ao longo dessa pesquisa defendeu-se a ideia de que o psicanalista se responsabilizaria não apenas pelas exigências burocráticas típicas daquele cenário, mas também pela promoção de um espaço de escuta, apostou-se em possíveis efeitos de protagonismo do sujeito diante do seu mal-estar para além de um diagnóstico clínico que o levou ao hospital.

Nesse contexto, decidiu-se estruturar no primeiro capítulo uma reflexão sobre o sujeito da ciência, para, logo após propor uma discussão inicial sobre a subversão da psicanálise pela via do sujeito do discurso, em uma tentativa de, por fim, se pensar sobre a sustentação do psicanalista em uma instituição hospitalar pública na cidade de Belo Horizonte. Talvez um

psicanalista presente com seu ato, ao apostar na escuta do particular, pode construir caminhos, trilhas de escoamento das dores para além da gestão institucional. Pensa-se, pois, em um psicanalista com desejo que transcende a clínica, que se compromete com uma prática psicossocial e política na ouvi(dor)i(a) hospitalar.

Essa forma de grafar a palavra ouvidoria, seria uma tentativa muito próxima do que interessaria ao campo: uma ética da psicanálise. Levaria em conta a dimensão sobre a dignidade humana. Também, o próprio campo de saúde coletiva também ganharia com isso, na medida em que a ouvidoria estaria se banhando nas mesmas águas das ciências positivistas.

Ademais, ao fundamentar essa ideia sobre uma aproximação da ouvidoria com a auditoria, sob a ideia de verificação, avaliação e correção que estariam presentes denotaria uma semelhança com o método científico positivista. Por isso, houve a necessidade de discorrer como a psicanálise se posicionaria ante à ciência. Um prolegômeno, um momento preliminar para se pensar uma operação psicanalítica fora do setting tradicional, sobretudo com uma outra roupagem: o de ouvi(dor) hospitalar. Assim, o autor dessa pesquisa se sentiu provocado por essa familiaridade entre ouvidoria e ciência positivista. No entanto, a ouvi(dor)i(a) que será apresentada ao decorrer dessa pesquisa foi pensada a partir de um outro tipo de ciência, um lugar onde o discurso psicanalítico poderia operar ante ao reconhecimento do outro pelas suas diferenças.

2.1. Psicanálise e ciência: a psicanálise é a ciência da linguagem habitada pelo sujeito

Localizar a teoria psicanalítica no campo científico seria crucial para a própria comunidade psicanalítica e sua divulgação extramuros, ou seja, uma ampliação do seu lastro com a clara exposição dos fundamentos do método psicanalítico de investigação científica. Primeiramente, desde o seu início, a psicanálise enfrentou forte oposição no meio científico. Freud, no ensaio sobre “as cinco lições de psicanálise”, já mencionava tal dificuldade.

No meio de tais opositores encontram-se sem dúvidas homens familiarizados com o raciocínio em outras matérias, incapazes de contestar, por exemplo, o resultado dum exame microscópico, só porque não o podem confirmar pela inspeção do preparado anatômico com a vista desarmada, e que não emitiram parecer algum antes de minuciosa observação ao microscópio. Mas no tocante da psicanálise as circunstâncias são realmente desfavoráveis a um imediato assentimento. (FREUD, 1910/1996, p. 51)

Naquele momento, pareceu que o interesse de Freud pela ciência teve como um dos objetivos assegurar uma cientificidade à psicanálise. Segundo Vorsatz (2015, p. 251),

Sobretudo por duas razões: a primeira porque temia que esta pudesse ser considerada uma prática obscurantista pela comunidade científica de sua época; a segunda razão era evitar que fosse considerada uma *Weltanschauung* [crença] como o eram a religião, a magia e, em certa medida, a própria ciência.

Todavia, a relação da psicanálise com a ciência moderna é paradoxal, pois, de um lado, o freudismo deseja assegurar a legitimidade científica, e, de outro, a ciência moderna exige uma linguagem universal que se realiza através da mensuração e generalização. Como revelou Vorsatz (2015, p. 267-268):

A ciência moderna implica no estabelecimento de uma linguagem universal e universalizante – a saber, a matemática. [...] A linguagem matemática é um discurso à medida que [sic] formula enunciados logicamente articulados sob a forma de equações, proposições e axiomas; no entanto, esse discurso se articula de forma acéfala, pois não remete a quem diz e tampouco se dirige a um sujeito. Não há dimensão de enunciação presente nessa linguagem, há apenas enunciados. Não obstante, é linguagem e como tal é significante, mas apenas à medida que [sic] sua estrutura de base é literal – trata-se do jogo significante em sua forma estritamente combinatória. A ciência soletra sem, no entanto, nomear, e ademais pretende soletrar a totalidade do real, recobri-lo inteiramente por intermédio de seus enunciados.

A ciência moderna, como foi visto, tenta universalizar, padronizar, protocolizar o sujeito em detrimento de sua singularidade. No entanto, segundo Peregrín (2019),

Atualmente, não podemos pensar em um único conceito de ciência. De fato, há uma separação quase irreconciliável entre as perspectivas majoritárias, quantitativas, que tentam assimilar o que podemos chamar de realidade natural e social para entender o fator humano, e as perspectivas minoritárias, mas emergentes, que as criticam por recorrerem, sem saber, as metáforas e instrumentos que estão mais próximos ao próprio fantasma do pesquisador do que a experiência singular a ser investigada. [...] Esse esvaziamento do social e do subjetivo supostamente natural, é acompanhado por uma ênfase na localização da causa dos problemas da humanidade em referências orgânicas, anatômicas, fisiológicas ou genéticas. (s/p, tradução nossa)

Isso coloca um impasse na investigação orientada pela psicanálise, pois o seu interesse é justamente a singularidade do ser falante; portanto, a linguagem ocupará um lugar privilegiado. Segundo Iannini (1997, s/p),

No campo da linguagem, a radicalidade da experiência freudiana ganha em relevo e em precisão. Em primeiro lugar, a linguagem não é apenas um instrumento auxiliar, ela é o campo onde se define a subjetividade. Assim o sujeito vai se definir na linguagem e não mais a partir dos lugares de onde tradicionalmente se o define: a consciência, a vontade, ou a psiquê. Além disso, a linguagem incidirá, enquanto limite, na própria elaboração conceitual da psicanálise, implicando uma mudança decisiva no quadro de referências da psicanálise: não mais a biologia, a física ou a economia, mas a matemática, a linguística, a etnologia, etc.

Após esses esclarecimentos, foi possível recordar que, especialmente no seu Seminário 20, Lacan (1972-73/2008) desembocará na concepção do sujeito corporificado, ou seja, levou-se em conta o corpo na constituição da subjetividade. O sujeito passou a ser, nos estudos lacanianos, um ser de linguagem que teria um corpo. Assim foi impossível para psicanálise desvincular corpo, linguagem e subjetividade. A grande novidade aqui seria “pensar a linguagem não como hermenêutica do significado ou como teoria da comunicação, e sim como estrutura lógica dotada de materialidade” (DUNKER; IANNINI, 2023, p. 97).

Para Soler (2010, p. 11), nesse momento dos estudos lacanianos o corpo foi pensado como substância gozosa, deslocando o campo da linguagem não mais no simbólico e sim no real: “[...] entra-se, pois, no capítulo da função e da incidência da fala sobre a substância viva”. Isso levou a consequências, e uma delas foi pensar que não se tratava de conceber o sujeito a partir de Descartes como um ser de corpo e alma, mas na instauração de um sujeito como dependente de um corpo. No real de um corpo, não apenas biológico, mas pulsional, sobretudo, pela via do discurso.

Ao levar isso em conta, o corpo no campo psicanalítico, a partir dos estudos lacanianos, pode ser tomado nos três registros: imaginário, que lhe confere uma unidade narcísica; simbólico, que o articula ao Outro; e real, como corpo pulsional, fonte de gozo, um excesso de excitação que não entra nos intercâmbios simbólicos. Diante disso, percebe-se o anúncio do enfraquecimento da ideia de Descartes de que o sujeito seria um ser de corpo e alma, uma visão clássica dualista do homem, que, a partir de Lacan (1974-75), no Seminário 22, passa a ser um referencial tripartido. O sujeito, pensado na topologia lacaniana, pela via de uma matematização, seria uma tentativa de suturar o sujeito representado por um significante para outro significante ($S_1 - S_2$) entre a nodulação do saber e da verdade, como será visto no transcorrer deste capítulo.

Sendo assim, o que a psicanálise trazia de novo para o campo científico foi de certo modo uma subversão, “[...] explicitada por Lacan para caracterizar o ponto de real de onde pode ou não surgir um saber marcado pelo desconhecido imposto pelo inconsciente” (PINTO, 2006, p. 38). Percebeu-se, segundo Milner (1996), que a psicanálise tem uma posição antitética em relação à ciência positivista. Na experiência analítica, o sujeito deve falar do que não se pode dizer, isso confirmaria a hipótese de que as palavras não são suficientes para tudo dizer. Fundava-se a enunciação de um sujeito como uma aposta na restauração da sua dimensão da verdade, e não de uma verdade universal. Essa impossibilidade é própria da experiência psicanalítica. Quando o sujeito se deparava com essa impossibilidade, ele se encontrava com a

sua realidade. Não a realidade externa, e sim a subjetiva. Poli (2006) considerou que mesmo que as produções discursivas, sobre as quais e com as quais a psicanálise opera, tragam sempre a marca do singular e do contingente, mantém-se o compromisso – ético e epistêmico – de o singular ser portador da verdade. Segundo Milner (1996, p. 44),

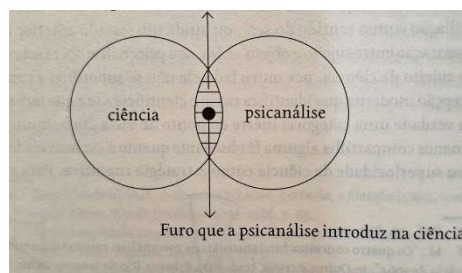
Se a psicanálise está aí ligada à emergência do universo moderno, isso é evidentemente uma de suas condições positivas, mas o doutrinal de ciência diz mais; ele contém igualmente uma condição negativa: o desaparecimento da ciência antiga. Em outras palavras, há algo na episteme que se liga de maneira radical à psicanálise para poder impedi-la; entender a episteme é, portanto, também entender a psicanálise. Não mais apenas por um contraste, mas por uma relação íntima de exclusão mútua.

Então, a partir dessa relação íntima de exclusão mútua com a ciência, qual seria o lugar do sujeito na experiência psicanalítica? Para Birman (1993), a experiência psicanalítica era uma prática de subjetivação. Diante disso, a psicanálise vai na contramão da concepção do sujeito como indivíduo e questiona sobre o desejo do sujeito, um desejo inconsciente manifestado por meio das experiências subjetivas. Assim, reitera-se a pergunta de Lacan (1964/2003, p. 195): o que é uma ciência que inclua a psicanálise?

Já se sabe que a psicanálise surgiu dentro de um contexto lido pela ciência moderna, era de se esperar que, também, o sujeito, por suposto, era algo produzido por ela. Mas, por outro lado a psicanálise não se mostrava dentro dos limites da concepção moderna que aproxima, ou

[...] identifica razão e cientificidade e que torna a verdade uma categoria inerte ao ponto de vista ético, muito menos compartilha alguma fé obsedante quanto à exclusividade ou superioridade da ciência como estratégia cognitiva. Para a psicanálise, ainda que a natureza escrita em caracteres matemáticos, ou seja, que o simbólico possa representar o real, resta algo que escapa inexoravelmente a essa redução. (DUNKER; IANNINI, 2023, p. 267-268)

Assim, segundo esses autores, Lacan foi um crítico do pensamento analógico e dos embrolhos recorrentes da dita formalização científica. Na obra lacaniana foi possível elencar algumas tentativas de superar esse mandato científico recorrendo ao matema e à topologia dos nós, por exemplo. Ao final do percurso lacaniano “[...] ele preferiu pensar a psicanálise como ciência êxtima, não é por acaso” (DUNKER; IANNINI, 2023, p. 268), o furo introduzido na ciência (Figura 1).

Figura 1 - Psicanálise e ciência

Fonte: DUNKER; IANNINI, 2023, p. 268.

A aposta seria que o sujeito poderia aparecer no furo, na fenda, no corte desse discurso científico, através de uma emergência pontual de sua singularidade, de seu desejo, que perpassaria entre a topologia dos nós e que abarcaria a dimensão do furo que se encontrava presente na sua fala e em seu modo de gozo, testemunhados em cada um. Seria essa a emergência que vai interessar à psicanálise: a construção e a eclosão do sujeito.

2.2. O sujeito da psicanálise e a emergência da verdade: não apenas um método científico

Pôde-se pensar que uma das características principais das sociedades modernas seria a produção de uma subjetividade individualizada, “[...] um modo específico de viver a experiência subjetiva, que se torna progressivamente naturalizada na consciência dos indivíduos”, segundo Bezerra (1989, p. 232). Ele continua:

É somente na época moderna que ela [concepção de sujeito] passa, do plano da reflexão e das práticas restritas, assim a impregnar progressivamente na cultura e no tecido social, tornando-se uma categoria central na esfera dos discursos e saberes, mas também servindo de alavanca para a criação de instituições, de práticas coletivas, de representações sobre o papel da sociedade, do Estado, da religião, etc.; e principalmente habitando cada vez mais a consciência dos indivíduos, dos agentes sociais. (BEZERRA, 1989, p. 227)

Posto isso, o sujeito, para a psicanálise, seria o correlato antinômico do sujeito da ciência moderna. Sabe-se que o sujeito da ciência surge com o cogito cartesiano, marcado pela noção de unidade e indivisibilidade, tendo a razão como centro de seu funcionamento e de sua existência.

Desse modo, ainda que proveniente da cientificidade de seu tempo, a psicanálise, de forma como Lacan propõe, figura como uma não integrante desse rol de ciências “ideais” das quais a física dita o modelo e com as quais a medicina tenta fazer parceria. Mas, ocupa, entretanto, uma posição deslocada, uma posição que, provocada pelo que

se constitui a partir do *Cogito* cartesiano, exige o estabelecimento de algo que lide com o que se estabelece como o resto dessa operação: o sujeito”. (ROSSI; VIDAL, 2020, p. 17)

Na obra freudiana, já em sua primeira tópica, o autor ultrapassou a noção do sujeito na qualidade de indivíduo concreto, como pode ser visto no ensaio “projeto para uma psicologia científica”. Nele, Freud (1950[1895]/1996) apresentou, sistematizou e discorreu sobre o seu achado: o circuito energético que colocava em trabalho o mecanismo do aparelho psíquico.

Nos ensaios sobre a metapsicologia, no início do século XX, que descrevem o processo psíquico sob três pontos de vista – a saber: dinâmico, tópico e econômico –, ele apresentou os fundamentos conceituais da psicanálise, destacando, no início de seus estudos, a importância de a ciência ser construída sobre conceitos fundamentais nitidamente definidos. Lacan (1953-54/1983, p. 31), ante aos escritos técnicos freudianos, considerava:

Insisto no fato de que Freud avançava numa pesquisa que não é marcada pelo mesmo estilo que as outras pesquisas científicas. O seu domínio é o da verdade do sujeito. A pesquisa da verdade não é inteiramente redutível à pesquisa objetiva, e mesmo objetivamente do método científico comum.

Freud inaugurou uma nova metodologia científica ao longo de seu percurso. Ele renuncia a pressupostos marcadamente biológicos que sustentavam suas primeiras elaborações teóricas e apresenta conceito de pulsão, um exemplo dessa mudança.

Situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo. (FREUD, 1915/1996, p. 127)

Assim, o conceito de *Trieb* [pulsão] em Freud reúne a materialidade corporal de uma descarga libidinal sobre variabilidade de seu objeto: “a pulsão exige permanentemente novas organizações subjetivas, criação, sublimação, não apenas rearrumações, e o lugar do sujeito passa a ser o de *produção*” (PACHECO, 1996, p. 33). Lacan (1964/2008), nesse sentido, corroborou ao afirmar que, nesse momento dos estudos freudianos, nos primórdios da noção sobre o sujeito, após passar pelo circuito pulsional, foi possível identificar o surgimento de um outro sujeito como efeito pulsional, ultrapassando a noção do eu. A partir disso, com os estudos freudianos, já pôde ser percebido que o eu não acobertaria o lugar da verdade, como era preconizada pelo cogito cartesiano: racional e indivisível. Já no cogito freudiano foi

apresentado um sujeito que não se resumiria a um eu, e que não era da ordem da substância em si.

Naquele momento do ensino freudiano, foi possível constatar que a pulsão atuaria com uma força constante que incide no corpo, mas não no registro da necessidade. Freud trabalhou em uma articulação inédita até então entre a vida psíquica, por um lado, e o corpo biológico/orgânico/anatômico, por outro. O corpo não seria regido estritamente pelas leis da anatomia. “Quer dizer, o que faz de um corpo, um corpo humano é a linguagem” (ROSSI; VIDAL, 2020, p. 19). A partir de Freud, pôde-se pensar que há um deslocamento da concepção do sujeito a partir da consciência e do eu para os registros do inconsciente e da pulsão. Isso abriu novas perspectivas teóricas apoiadas no saber que a clínica da neurose lhe indicava e deu suporte à metapsicologia, ou seja, à psicanálise. “Seu método (a transferência) é definido por parâmetros refratários à universalização impessoal e repetição controlada” (DUNKER; IANNINI, 2023, p. 86).

Para Lacan (1966/1998), a formação do eu ocorreria a partir dos efeitos da imagem do Outro, nomeado por ele como o estágio do espelho. De acordo com Lacan (1949/1998, p. 96), a teoria do espelho nos “[...] fornece a função do [eu] na experiência que dele nos dá a psicanálise”. Ela ilustra o aspecto de conflito na relação dual, imaginária, pois a relação que o sujeito mantém com ele mesmo e com os outros permanece sempre mediada pelo eixo imaginário.

Assim, essa *Gestalt*, cuja pregnância deve ser considerada como ligada à espécie, embora seu estilo motor seja ainda irreconhecível, simboliza, por esses dois aspectos de seu surgimento, a permanência mental do [eu], ao mesmo tempo em que prefigura sua destinação alienante; é também prenhe das correspondências que unem o [eu] à estátua em que o homem se projeta e aos fantasmas que o dominam, ao autômato, enfim, no qual tende a se consumir, numa relação ambígua, o mundo de sua fabricação. (LACAN, 1949/1998, p. 98)

Lacan demonstrava que a visão da forma total do corpo humano forneceria ao sujeito um domínio imaginário do seu corpo, que ainda era prematuro em relação ao domínio real. Em suas palavras:

O estágio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica – e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental. (LACAN, 1949/1998, p. 100)

Com Lacan, o espelho se tornaria uma concepção psicanalítica, um instrumento essencial no destino de cada sujeito, apoiado na ideia de que o ser humano era um ser prematuro ao nascer e que apresentava uma descoordenação motora constitutiva. Antes do estágio do espelho, a criança se via como um corpo fragmentado. É pela via do espelho que a unificação da imagem se efetivaria:

A imagem em sua forma $i(a)$, imagem especular, é o objeto característico do estágio do espelho. Ela tem mais de um aspecto sedutor, que não se liga apenas à estrutura de cada sujeito, mas também à função do conhecimento. Essa imagem é fechada, encerrada, gestáltica, ou seja, marcada pela predominância de uma boa forma, o que é a conta certa para nos pôr em guarda o que contém de armadilha essa função Gestalt, tal como fundamentada na experiência característica desse campo, que é a da boa forma. (LACAN, 1962-63/2005, p. 277)

O estágio do espelho ilustraria o momento em que o sujeito, ainda *infans*, se reconheceria jubilarialemente na imagem que lhe era oferecida através do olhar do Outro, e que teria como efeito a formação do eu. Para Lacan (1962-63/2005), o reconhecimento do eu advém do espaço virtual para além do espelho plano, a imagem especular $i'(a)$ como eu ideal (imaginário). A constituição do eu (instância imaginária) se dá em relação ao ideal do eu, instância simbólica:

Na simples imagenzinha exemplar da qual partiu a demonstração do estágio do espelho – o chamado momento jubilatório em que a criança, vindo captar-se na experiência inaugural do reconhecimento no espelho, assume-se como totalidade que funciona como tal em sua imagem especular – porventura já não lembrei desde sempre o movimento feito pela criancinha? Esse movimento é tão frequente, tão constante, eu diria, que qualquer um pode lembrar-se dele. Ou seja, a criança se volta, como observei, para aquele que a segura e que está atrás dela. Se nos esforçarmos por assumir o conteúdo da experiência da criança e por reconstruir o sentido desse movimento, diremos que, através desse movimento de virada da cabeça, que se volta para o adulto, como que para invocar seu assentimento, e depois retorna à imagem, ela parece pedir a quem a carrega, e que representa aqui o grande Outro, que ratifique o valor dessa imagem. (LACAN, 1962-63/2005, p. 41)

Assim, o que a psicanálise vai trazer de novo, tanto em Freud quanto em Lacan, é o descentramento do sujeito. Nesse caso, o descentramento do eu, da consciência e a quebra da unidade da subjetividade promoveriam um novo ordenamento: subjetividade cindida e primordialmente regida pelo inconsciente (BIRMAN, 1993). É no ensaio sobre “a interpretação dos sonhos”, particularmente no capítulo sete, que Freud (1900/1996) apresentou claramente essa concepção do aparelho psíquico dividido em instâncias: pré-consciente, consciente e inconsciente. Birman (1993, p. 30) esclareceu:

Enfim, o que é crucial agora é a dimensão da intensidade da subjetividade, onde a fala e a linguagem se inserem num campo de forças delineado pelo corpo, os seus objetos de satisfação/repulsa e o outro, de maneira que os registros ético e estético se articulam de maneira inextrincável na fundação do sujeito descentrado nas pulsões.

Pôde-se pensar que o sujeito para psicanálise seria um mais além, um deslocamento do campo da representação. O sujeito para psicanálise seria um sujeito cindido, dividido pela existência do inconsciente como pôde ser demonstrado. Isso levaria a uma divisão de dois tipos de saber:

Um é o saber consciente, discursivo, que se volta para o conhecimento da realidade através dos instrumentos da razão. A este se opõe o saber inconsciente. Está referido à realidade psíquica, à dimensão do sujeito clivado, dimensão que se expressa na emergência do desejo inconsciente. (BEZERRA, 1989, p. 236)

Diante disso, foi possível discorrer sobre um outro sujeito, o sujeito clivado, cindido, incompleto e mantido pela energia pulsional. “Freud vê na natureza do funcionamento psíquico uma função de desconhecimento, o sujeito sendo fundado pela *Spaltung* (‘divisão’)” (BEZERRA, 1989, p. 234). Como esclareceu Alberti (2019, p. 7):

O inconsciente, postulado por Freud, fez um corte na história da subjetividade que, até então, contava com a primazia da consciência. Mas todas as tentativas de pensar o homem a partir da consciência levam ao que podemos formular com as contribuições de Lacan à teoria de Freud, à forclusão do sujeito, ou seja, de sua divisão. O sujeito, da psicanálise, é inconsciente.

Tratava-se do sujeito do inconsciente, da cisão entre sujeito do enunciado e da enunciação, noções desenvolvidas por Lacan a partir da obra freudiana, que tornaram esse sujeito indiferenciado de qualquer significante.

Paradoxalmente, no ensaio “A ciência e a verdade”, Lacan (1966/1998) afirmou que o sujeito com o qual operamos na psicanálise só pode ser o sujeito da ciência. Milner (1996, p. 28) corroborou a afirmação lacaniana a partir de três premissas: “1) a psicanálise opera sobre um sujeito, 2) existe um sujeito na ciência, 3) estes dois sujeitos constituem apenas um”.

A partir dessas elaborações de Milner, pôde-se considerar que a primeira premissa remete à clínica psicanalítica, em que o sujeito se endereça a um Outro (psicanalista) no qual supõe um saber, sendo essa transferência a condição para a análise. A segunda premissa remete ao advento de um conceito: o sujeito da ciência. Por fim, a terceira premissa baseava-se em correlações históricas sobre o sujeito que a psicanálise opera e a existência do sujeito da ciência,

tendo em vista que “[...] o doutrinal da ciência é fundamentalmente historicizante em cada uma das suas partes” (MILNER, 1996, p. 36).

Após esse breve esclarecimento, seguiu-se na psicanálise lacaniana, em que o saber é limitado em relação ao real, o saber todo é impossível. Por outro lado, a ciência trabalhava para encontrar um saber no real. Essa posição entre o saber e o real, Lacan (1966/1998, p. 875) chamou de sujeito da ciência, “[...] o que equivale a dizer que o sujeito em questão continua a ser o correlato da ciência, mas um correlato antinômico, já que a ciência se mostra pelo não-resultado do esforço de suturá-lo”. O que é excluído do simbólico retornava no real, segundo Lacan (1964/2008, p. 160):

O discurso da ciência é determinado por essa Verwerfung, e é provavelmente por isso – o que é rejeitado do simbólico reaparecendo, segundo minha fórmula, no real – que aconteça de ele desembocar numa perspectiva em que é justamente algo de tão enigmático [...].

Já o sujeito da psicanálise, apresentado por Freud, aquele que surgia a partir do testemunho do inconsciente, poderia e deveria ser instituído como sujeito de um significante, o inconsciente pensado como uma cadeia, ou seja, estruturado como linguagem. Essa linha de raciocínio seria localizada no segundo ensino de Lacan, com base freudiana, em que a vertente simbólica era prevalente.

Na obra lacaniana, foi possível perceber que a noção de sujeito passava por um deslocamento do simbólico para o real, ou seja, da linguagem para a pulsão. A pulsão, como já foi dito, pôde ser pensada “como uma força indeterminada, sem nome, que é o motor do psiquismo humano, a base do movimento desejante” (PACHECO, 1996, p. 67). Nesse sentido, Lacan (1964/2008, p. 33) esclareceu que:

Enquanto segundo as frases, segundo os modos, se perdendo como se encontrando, e que, numa interjeição, num imperativo, numa invocação, mesmo num desfalecimento, é sempre ele que nos põe seu enigma, e que fala – em suma no nível em que tudo que se expande no inconsciente se difunde, tal o *micelium*, como diz Freud a propósito do sonho, em torno de um ponto central. Trata-se sempre é do sujeito enquanto indeterminado.

Ainda nos estudos lacanianos, desde a década de 1970 percebem-se algumas mudanças no seu trajeto, configurando um novo direcionamento. Naquele momento, a linguística perdeu a sua importância, como pôde ser constatado especialmente nos artigos “Radiofonia” (LACAN, 1970/2003), “O aturdido” (LACAN, 1972/2003), e no Seminário 20 (LACAN, 1972-73/2008). Milner (1996) considerou que o pivô dessa mudança no ensino de Lacan foi o advento da

teorização do matema, pois a transmissão de saber passaria a ocorrer sob um paradigma matemático, como será visto, a seguir, na teoria dos discursos.

Ao levar isso em conta, por meio de seus estudos sobre a linguística, Lacan forjou a teoria dos discursos, constituindo a sua concepção de laço social por uma multiplicidade de estruturas particulares que eram irreduzíveis umas às outras, em que havia o “[...] apontamento de um impossível literal” (MILNER, 1996, p. 49). Na sua teoria sobre os discursos, Lacan (1969-70/1992) mostrou essa descontinuidade que os afeta. Como destacado por Pinto (2006, p. 34), “[...] à psicanálise interessa um saber situado em posição de verdade, articulado à economia pulsional, à própria enunciação”. Isso significava dizer que a verdade para a psicanálise seria a verdade do desejo, sempre pontual, incompleto e mutável. Uma verdade como enigma a ser decifrado sem ter como objetivo um sentido total, denotando um afastamento dos ideais civilizatórios.

2.3. Discursos e laços sociais: a prática institucional

Lacan, com sua teoria dos discursos, pôde auxiliar no sentido de analisar a prática do psicanalista na função de ouvidor no contexto hospitalar. No *Seminário 17*, Lacan (1969-70/1992) apresentou suas matrizes radicais; os discursos do Mestre, da Universidade, da Histórica e do Analista. Segundo ele, os discursos visariam o laço social, ou seja, são quatro maneiras diferentes de se relacionar com o outro e uma tentativa de contornar o impossível, ou seja, um real. Uma formalização lacaniana via os matemas dos discursos. Diante deles, é possível perceber que a um quarto de giro, sentido horário, era possível constatar uma nova estrutura. Apesar dessa mudança o que indicaria a operação de cada discurso, no entanto, não haveria perda de gozo representada pela impossibilidade inerente nas quatro formas discursivas. Lacan (1969-70/1992) esclareceu, através dos seus estudos, que tal impossibilidade de fechamento do circuito em cada discurso representaria o real, a presença de um furo. Essa constatação refletiria nas diferentes formas/modalidades do laço social do sujeito no campo do Outro.

Nesse momento do seu ensino, ele defendeu a ideia de um discurso para além da fala, colocando-o como protagonista do laço social: “mediante o instrumento da linguagem instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas” (LACAN, 1969-70/1992, p. 11).

Para Lacan, há quatro variações possíveis do discurso: os significantes S_1 e S_2 , o sujeito $\$$ e o objeto a , distribuídos em quatro lugares: o agente, o outro, a verdade e a produção. Os lugares (Figura 2) podem ser ocupados pelos quatro elementos, um em cada posição. A cada quarto de giro, que se dá no sentido horário, surgirá um novo modo discursivo. O campo do Sujeito encontra-se do lado esquerdo, onde estão o agente e a verdade; e do lado direito está o campo do Outro, uma realidade discursiva (LACAN, 1972-73/2008), colocado na teoria lacaniana como sendo o lugar dos significantes no campo da linguagem, onde se apresentariam o outro e a produção.

Figura 2 - Os lugares

o agente	o outro
a verdade	a produção

Fonte: LACAN, 1972-73/2008, p. 23.

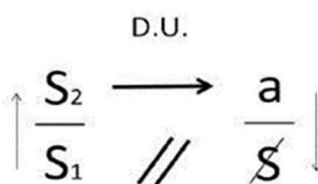
Isso colocou em destaque a concepção de agenciamento, de agência trabalhado em outros campos do saber como o da sociologia, literatura e da antropologia, que poderiam ser atualizados no campo psicanalítico. A noção geral de agência era comumente pensada como uma “operação ativa” numa tentativa de discorrer sobre a ação humana tanto no particular como no coletivo, social e cultural (RAPPORT; OVERING, 2000). Para Bourdieu (1977), a agência estaria fundamentada numa série de valores e expectativas adquiridos através de atividades e experiências de vida, que estruturavam a mente e orientavam as escolhas de estilo de vida de cada sujeito. No entanto, o conceito de agência surgiu no campo da sociologia, conforme DAHL (2009), e defendia uma ideia da reflexão humana ante a faculdade de um agente ou de um agir causando um “impacto efetivo no mundo” (DAHL, 2009, p. 397). Portanto, pôde-se pensar o agenciamento como uma possibilidade de realizar escolhas em um contexto, culturalmente definido resultado de uma aposta na transformação do mundo a partir de uma ação ou por uma propensão de agir.

Feitos esses esclarecimentos, e após a apresentação dos lugares na teoria dos discursos lacaniana, pretende-se, neste momento, discorrer sobre as especificidades do psicanalista na instituição hospitalar, sobretudo a partir dos discursos da universidade e do analista.

O Hospital Alberto Cavalcanti (HAC), localizado no bairro Padre Eustáquio, BH/MG, foi inaugurado em 1936 com o nome de Sanatório Minas Gerais e, naquela época, tratava pacientes de tuberculose. Em 1947, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB) adquiriu o sanatório, que passou a se chamar Sanaminas, nome que ficou conhecido em todo o País até 1956. Em 1960, com o nome de Sanatório Aberto Cavalcanti, tornou-se o mais moderno centro para tratamento de tuberculose no Brasil. Antes de integrar a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), o hospital pertenceu ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, em seguida, ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Atualmente, o Alberto Cavalcanti é um hospital geral de porte médio, que oferece os serviços de mastologia, cirurgia geral e especialidades como clínica médica, oncologia, serviços de urgência/emergência e ambulatorial.

O HAC é um hospital-escola, ou seja, visa à construção de um saber, além da assistência clínica. Ele tem uma vinculação acadêmica, portanto, sustenta um campo de ensino e pesquisa no âmbito da saúde coletiva. Isso leva a pensar em seu vínculo estreito com o discurso universitário (Figura 3). Nesse discurso, a partir dos estudos lacanianos, foi possível identificar que um saber equivale a outro saber, pois os títulos universitários pressupõem uma igualdade de valor, tendo como efeito a exclusão do próprio sujeito como agente do discurso.

Figura 3 - Discurso Universitário



Fonte: LACAN, 1969-70/1992, p. 29.

O discurso universitário, tendo como agente o S2, possui como efeito o exercício do domínio pelo saber. O saber, na posição de agente do discurso, leva a considerar a possibilidade de se alcançar um saber universal. Nesse discurso, segundo Lacan (1969-70/1992), o saber se traduz em um conhecimento organizado, cumulativo e burocrático que pode apagar o desejo, o desejo de saber.

Pode-se perceber que o produto desse discurso, “[...] o S barrado que vem a seguir, à direita e abaixo. A diferença está aí. Resultou desse produto, um sujeito. Sujeito do quê? Sujeito

dividido em todo o caso” (LACAN, 1969-70/1992, p. 156). Para Lacan, “[...] o discurso da ciência só se sustenta, na lógica, fazendo da verdade um jogo de valores, eludindo radicalmente toda sua potência dinâmica” (LACAN, 1969-70/1992, p. 95), ou seja, colocava o saber como agente, resultando numa teorização para tudo.

No entanto, o que seria a lógica? Em seu Seminário 19, Lacan (1971-72/ 2012) vai sustentar, naquele momento de seus estudos, que a lógica seria aquilo que se produziu por uma necessidade de um discurso. Lacan considerava cada vez que se trata de lógica seria necessário a elaboração de uma metalinguagem como ficção: isto é, forjar dentro do interior do discurso uma linguagem-objeto, e graças a isso, a linguagem se torna meta, metalinguagem que não existe, por outro lado. Isso levaria ao correlativo que não existe Outro do Outro do Desejo e sua interpretação, fórmula que se deriva do SA / (s de a barrado). Isso nos lança, nesse momento dos seus estudos, o uso do matema como pivô do seu ensino na teoria dos discursos. Poderia dizer uma lógica lacaniana: a arte de produzir uma necessidade de discurso.

Em uma orientação para esta pesquisa, Manuel Peregrín havia dito que a palavra “arte” conduziria a algo criativo, generativo, algo sobre o novo, algo que poderia considerar previamente inexistente. Ele esclareceu que a própria corporação da necessidade é tal que, pelo próprio fato de produzi-la, ela só poderia, antes dessa produção, ser assumida como inexistente, o que significaria ser postulada pelo discurso (PEREGRÍN, 2009).

Isso posto, ao discorrer sobre o modo de operação do discurso universitário constata-se uma aproximação ao discurso da ciência. Nesse contexto, parece que se está no ideal científico, o qual aposta em uma produção de saber que exclui o saber do cientista, do pesquisador, ou seja, da autoria de um sujeito. Nesse discurso, há a possibilidade de respostas já catalogadas visando à universalidade, portanto, acabando com a diferença.

Lacan discorreu sobre o discurso universitário a partir de sua posição fundamental em que o discurso da ciência se estruturava. Nesse discurso, o S_2 ocupa o lugar de agente, da ordem, do mandamento. Esse lugar foi, primeiramente, ocupado pelo mestre. Ele acrescentou que “[...] é impossível deixar de obedecer ao mandamento que está aí no lugar do que é a verdade da ciência – vai, continua. Não para. Continua a saber sempre mais” (LACAN, 1969-70/1992, p. 110).

Seguindo os estudos lacanianos realizados na década de 1970, pensou-se que a escuta psicanalítica não se restringia aos consultórios privados, mas pode-se sugerir a aplicação desse dispositivo para além deles. Ao apostar o que determina a especificidade dessa escuta, constatou-se o lugar ocupado pelo psicanalista, agenciando o discurso como objeto a , causa de

desejo, e sua orientação em direção ao singular de cada um. Lacan (1969-70/1992) sustentou que a posição do analista deve se localizar do lado oposto ao de toda a vontade de dominação. Deve-se situar o analista como um ponto de mira para o desejo de saber. Seguindo-se na trilha de Moretto (2019, p. 21), “[...] o nosso trabalho toma, desde o princípio, o discurso psicanalítico como referência teórica, clínica e ética”.

No discurso do analista, “[...] damo-nos conta de que a psicanálise tem com que contribuir, à condição da aposta de que se trata de um outro discurso” (SWINERD; DARRIBA, 2022, p. 296). Fala-se, portanto, da arte de produzir um discurso digno de ser anexado à experiência psicanalítica. A maneira que Lacan apresentou o tema permitiu deduzir que os discursos anteriores são do semblante, de fato, eles situam o S_1 , o S_2 ou o S barrado como agente-semblante. Lacan, sem dúvida, queria outra coisa dos resultados do próprio discurso analítico: isto é, situar o pequeno objeto a nesse lugar. É de se perguntar: em que consistiria esse que não está fora do semblante? O terreno estaria preparado para o passo singular, ainda que tímido, segundo Lacan, que Freud (1920/1996) deu em “Além do princípio do prazer”. Algo que não seria do semblante nos orienta para o nó da repetição e do gozo.

É claro que o inconsciente, em seu aspecto interpretável, cujo agente é o semblante, nunca vai além do fantasma sob o regime do princípio do prazer. Ir além disso pressupõe um sujeito analisado. Uma pergunta permanece no ar, insistente: o discurso do analista é exclusivo da sessão, da cura, ou pode-se também levar em consideração a questão de como um analisando e sua singularidade podem retornar ao mundo, esse mundo que nada mais é do que discursos?

Além disso, como a relação com os vínculos sociais muda a partir da inclusão do desejo do psicanalista, ou como isso afetaria a instituição onde ele está inserido? Um discurso além da necessidade de discurso, poderia se dizer. Lacan, no final dos anos de 1950, retornou à noção de necessidade que, para nós psicanalistas, referia-se à bricolagem² da vida cotidiana, repetindo essa bricolagem incessantemente, que poderia ser, por exemplo, uma via sintomática.

O lugar do agente é ocupado pelo objeto a , no discurso do analista (Figura 3), ou seja, assumindo uma posição enigmática, como um resto da operação da linguagem, que, entretanto, opera como causa. “Designa precisamente o que, dos efeitos do discurso, se apresenta como o mais opaco, há muitíssimo tempo desconhecido, e, no entanto, essencial” (LACAN, 1969-70/1992, p. 44).

² Essa temática do efeito de bricolagem será trabalhada no Capítulo 5.

Figura 4 – Discurso do Analista

$$\frac{a}{s_2} \longrightarrow \frac{\$}{s_1}$$

//

Fonte: LACAN, 1969-70/1992, p. 29.

Sendo assim, surgiria outra particularidade do discurso do analista: é o único que trata o outro como sujeito – \$. Tratar o outro como sujeito era propiciar a possibilidade de que sua singularidade se manifestasse por meio do produto desse discurso. Como pensar o discurso do analista em que o saber ocupa o lugar da verdade? “Como saber sem saber? Isso é um enigma” (LACAN, 1969-70/1992, p. 36), ou seja, uma função de enigma, um semi-dizer. O psicanalista “[...] se faz de causa do desejo” (LACAN, 1969-70/1992, p. 39). Ele continua:

Esse efeito – ponhamos agora isto aqui entre aspas – de ser, seu primeiro afeto só aparece no nível de que se faz causa do desejo, quer dizer, no nível do que nós situamos, por esse primeiro efeito de aparato, do analista – do analista como lugar que tento cercar com essas letrinhas no quadro-negro. É lá que o analista se coloca. Ele se coloca como causa de desejo. Posição eminentemente inédita, senão paradoxal, que uma prática ratifica. (LACAN, 1969-70/1992, p. 161)

Isso posto, no campo psicanalítico, o sujeito é que se define com a sua relação com a verdade, alcançada pelos restos que operam como verdades que agem como causa do desejo. “Talvez seja justamente estar nessa posição o que permite que o sujeito possa advir, considerando que é a partir do lugar da falta no Outro, do que falha nesse discurso Outro, lugar êxtimo, que o sujeito pode aparecer” (SWINERD; DARRIBA, 2022, p. 301). Desta forma, Brousse (2003, p. 23) esclareceu que “[...] é isso que dá ao analista o dever de política: devolver ao sujeito a escolha, a escolha decidida”. É esse dever de política que será desdobrado no capítulo quatro deste trabalho, ao tentar transmitir uma prática institucional. No entanto, já de partida, pode-se pensar que a escuta de um psicanalista se realiza a partir de uma ética do bem-dizer na escuta dos deslocamentos na cadeia significante que cada sujeito sustentava na presença do psicanalista. Ao se levar em conta que hoje o psicanalista seria convidado a se posicionar a respeito dos fenômenos da vida social – seja no nível individual, coletivo, institucional ou político –, percebe-se “[...] uma perspectiva singular do sujeito que neles se encontra e sobre a qual a psicanálise é capaz de refletir” (BEZERRA, 1989, p. 219).

No artigo sobre a “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola”, Lacan (1967/2003) discorreu sobre a psicanálise em intensão e extensão, em que o praticante

de psicanálise assume o risco e o desejo que determinam sua práxis como analítica. Para ele, a psicanálise em extensão seria “[...] a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo, e psicanálise em intensão, ou seja, a didática, como não fazendo mais do que preparar operadores para ela” (LACAN, 1967/2003, p. 251). Então, a noção de extensão e intensão são para Lacan operadores teóricos que fundamentam o que é mais íntimo numa extensão da prática clínica: a inclusão da intenção do praticante e a singularidade do sujeito.

A teoria psicanalítica freudo-lacaniana se inquieta ao se deparar com questões desafiadoras para o sujeito no laço social com as suas formações discursivas quando elas se expandem para além do *setting standard*. O seu arcabouço teórico, entre outros vários aspectos, tem algo a dizer sobre o campo das ciências sociais com os seus fenômenos culturais, a política, a saúde coletiva, a violência, as relações de poder, o cinema, a literatura, por exemplo. Contudo, independentemente de qual cenário ela está a partir do seu operador, o seu objeto permanece sendo o sujeito do inconsciente, manejado pela via da transferência. Não se pôde esquecer que Freud (1917/1996, p. 153) afirmou que não somos “senhores da nossa própria casa”, em uma referência à determinação inconsciente dos nossos afetos, pensamentos, escolhas e atos. Na época, isso causou um grande embaraço científico, por um lado, mas por outro, uma grande descoberta científica.

A instituição hospitalar, essencialmente, é considerada como um local cuja função básica seria a de salvar vidas e/ou promover a cura, ou seja, uma atuação via assistência curativa e preventiva. Nesse cenário, a figura do médico assumiria um papel principal, uma posição chancelada pela cultura. Entretanto, o hospital, como uma instituição que possui a função de promoção à saúde integral do usuário, englobaria a participação de outros profissionais, que atenderiam no mais além da urgência médica. Nele, observou-se um descompasso entre a urgência médica e a urgência subjetiva. Nesse sentido, a presença do psicanalista se tornava possível. Entretanto, existia uma disjunção entre a demanda médica e a resposta do psicanalista. Segundo Birman (2018), vivencia-se, nesse espaço, duas clínicas radicalmente diferentes: a da medicina, que operava no corpo biológico (clínica do olhar), numa busca por respostas rápidas regularmente estruturadas pelo saber científico; e a da psicanálise, que operava com a palavra (clínica da escuta), manejando, portanto, por outra via. Uma via construída por um corte, uma brecha que deixava um lugar para a particularidade do sujeito, abrindo espaço para a palavra daquele que anunciava o mal-estar. Assim, “na psicanálise a função da palavra e da linguagem não é informar e sim evocar” (SIMONETTI, 2018, p. 143). Se a medicina visava a um

tratamento universal para os pacientes, o psicanalista, no hospital, testemunharia os efeitos subjetivos da intervenção da ciência sobre o corpo.

A medicina não levaria em conta o mal-estar subjetivo que o paciente verbalizava; a posição do médico era a de um saber sobre o que atinge o órgão do paciente. Foucault (1980/2004, p. 31) considerou que “[...] o ato fundamental do conhecimento médico era estabelecer uma demarcação: situar um sintoma em uma doença, uma doença em um conjunto específico e orientar este no interior do plano geral do mundo patológico”. Além disso, salientou que “[...] e o hospital desempenha alternadamente este duplo papel: lugar das verdades sistemáticas para o olhar do médico, e o das experiências livres para o saber que formula o mestre” (FOUCAULT, 1980/2004, p. 52).

Nesse contexto, as subjetividades do médico e do paciente, tamponadas pelos protocolos impostos no dia a dia dentro do hospital, ainda conseguiriam exercer alguma influência nessa relação. Mas quando elas não eram consideradas, os sujeitos permaneceriam sem voz diante do tratamento médico proposto. Nessa relação médico-paciente, a subjetividade tenderia a ser excluída tanto de um como do outro e o que sustentaria essa relação é o distanciamento entre ambas as partes. Perceberia uma mudança da relação médico-paciente para uma “[...] relação de instituição médica-doença” (MORETTO, 2001, p. 65). Mas, a exclusão ocorreria no nível imaginário, pois algo do real insistiria, o psicanalista deveria se atentar aos efeitos dessa exclusão subjetiva, visando resgatar o sujeito no contexto hospitalar. E isso não seria sem consequências.

Deste modo, a destituição subjetiva dos atores envolvidos na cena, quando o médico passa a ser apenas um coadjuvante do tratamento e a doença um objeto descrito nos códigos internacionais de doenças, não é, pois, sem efeitos. Nos hospitais, de maneira geral, o paciente não escolhe a equipe que vai atendê-lo, sujeitando-se às normas das instituições. A subjetividade do paciente geralmente não seria considerada pelas instituições. Por outro lado, o profissional de saúde também era atravessado por suas determinações inconscientes que interferem em sua prática clínica, mesmo que isso não seria levado em conta pela instituição hospitalar. Considerou-se como o principal objetivo do profissional de psicologia orientado pela psicanálise no contexto hospitalar a escuta do sujeito que estava na condição de hospitalizado. E isso tem desdobramentos. Foi comum, no período da internação, o paciente sofrer um processo de “despersonalização”, pois deixava de ter o seu próprio nome e passava a ser um número de leito, ou, então, alguém portador de determinada patologia, encarnando, dessa forma, o estigma do doente. Ele poderia deixar de ser considerado como sujeito e passaria a ser

visto apenas como um objeto da prática hospitalar, sem sua privacidade e de seus interesses particulares, transformando-se em mais um caso a ser contabilizado.

Ao trabalhar no sentido de rever os processos de “despersonalização” no âmbito hospitalar auxiliará na humanização do hospital. Portanto, abria-se espaço para uma mudança do paradigma sustentado pela perspectiva meramente curativa, ou seja, para além de um lugar de reabilitação orgânica, para o particular de cada caso. Isso pode gerar efeitos importantes na humanização do hospital, na medida em que ele trabalha orientado pela ética do bem-dizer (LACAN, 1974/2003).

Para isso, Lacan (1959-60/2008) recorreu à teoria kantiana, sobretudo em seus estudos sobre a vontade moral e à teoria de Sade sobre o direito do sujeito de exercer o prazer com todos, com a pretensão de sustentar uma ética no campo psicanalítico desvinculada dos ideais civilizatórios. Lacan esclareceu que, nas teorias de Kant e Sade há pontos importantes a serem pensados para além do princípio do prazer, ou seja, o campo do gozo. Sade defendia a posição de que todas as pessoas, homens e mulheres, têm o direito de gozar sobre todos aqueles de quem desejam desfrutar. Já Kant, em sua ação moral, pretendia eliminar qualquer elemento sentimental, qualquer bem subjetivo, sob a ótica de um ideal burocrático.

A ética da psicanálise não seria uma ética pautada nas obrigações ou nos mandamentos, mas sob o desejo que se sustentava na falta. A ética na psicanálise sustentava diretamente à questão: “[...] se somos culpados de alguma coisa, é de ter cedido ao nosso desejo” (LACAN, 1959-60/2008, p. 373). Assim, a ética do desejo apresentava uma relação entre o sujeito e o campo do Outro. Ela não dizia respeito ao campo da moral, do testemunho e da obrigação, mas ao campo do vazio, da falta, ou seja, fora do campo dos bens, que existe a partir da concepção do coletivo social. Mas há um único bem que precisa ser pago pelo sujeito, conforme Lacan, pagar o preço pelo seu desejo.

Como o psicanalista pode se servir da teoria dos discursos, sobretudo da noção de discurso do analista, para operar a prática psicanalítica em uma instituição hospitalar pública? Como sustentar a posição do discurso do analista no cargo de ouvidor?

2.4. O psicanalista na posição de ouvi(dor) no hospital

Quando um usuário busca a ouvidoria? Pode-se pensar que seria quando uma insatisfação se apresentava. Mas, se o ouvidor era também um praticante da psicanálise, uma

nova cena poderia ser revelada. No entanto, deve-se levar em conta a pergunta de Swinerd e Darriba (2022, p. 295): existe o analista fora da clínica?

O psicanalista, ao se fazer presente na ouvidoria, não como uma clínica propriamente dita, mas como uma escuta psicanalítica, sob uma intervenção pontual, concreta e precisa naquele cenário, empresta sua escuta e sua voz para inscrever a psicanálise no contexto institucional.

Seria importante que o psicanalista, ao aceitar o desafio de responder por uma ouvidoria hospitalar, tenha consigo um desejo decido pela escuta, um mais além de apenas de responder aos processos burocráticos administrativos. Se isso acontecer, presumisse que seria neste cenário a possibilidade de uma prática, ou seja, uma escuta psicanalítica fora no *setting standard*.

Posto isso, não se pôde deixar de considerar a relação da ética com o desejo para psicanálise lacaniana. A presença do psicanalista na instituição não visa uma adequação à norma nem se mostra compreensiva. É uma visada de resistência ante o discurso capitalista na atualidade, como vai se demonstrar adiante nesta pesquisa, no capítulo quatro. O psicanalista, na posição de ouvidor no hospital, denotava uma prática institucional que ultrapassaria a clínica no *stricto sensu* e exemplificaria uma experiência psicossocial em que o efeito clínico poderia se fazer presente. Laurent (2007, p. 216) afirma que é a particularidade da escuta do um a um que define o lugar do psicanalista, pois ele “[...] não se identifica com nenhum dos papéis propostos pelo seu interlocutor, nem com qualquer mestria ou ideal existente na civilização”.

Na instituição hospitalar, parece que não se está lidando unicamente com descobertas, invenções ou proposições no campo científico, mas sim com dispositivos (FOUCAULT, 1976/1998) e sistemas discursivos que afetavam o sujeito em sua subjetividade e no seu cotidiano. Segundo Marcello (2004), pôde-se considerar o dispositivo como um conceito operatório multilinear. Se de um lado o dispositivo pode se localizar como forma de dominação, de outro pode, por meio do saber e das produções de modos de subjetivação, se abrir ao novo. Sabe-se que não seria simples uma aproximação da teoria foucaultiana com a lacaniana, mas interessou-se pensar, neste momento, como a escuta dos não ditos poderia abrir para o respeito à singularidade.

A ouvidoria pode se apresentar como uma função de estratégia dominante, mas ao mesmo tempo acolhe os ditos e não ditos, o instituído e o instituinte, tendo em vista a possibilidade da manutenção do sigilo e da estabilidade no serviço público estadual exercido pelo autor dessa pesquisa. Algo inédito pode ocorrer a partir do encontro contingencial entre o

usuário do SUS e o ouve(dor). Aposta-se que esse sujeito se implique em algo que não vai bem. Assim, visa-se um deslocamento subjetivo que pode produzir ressonâncias nas suas experiências vividas na instituição hospitalar.

Já se sabe dentro do arcabouço da psicanálise lacaniana que a contingência seria uma forma de “entendermos a epistemologia da psicanálise” (DUNKER; IANNINI, 2023, p. 252) na qual estaria para o sujeito por um regime de encontro. Miller esclareceu em “Os usos do lapso” (2005) a ampliação dessa relação entre o real e a contingência afirmando que o acesso ao real só seria possível através da contingência. Também em “Coisas de fineza” (2008) dá um passo além ao dizer que, se nos abstraímos da ordem simbólica, seria possível descobrir a verdadeira dimensão da contingência. Assim, no seu último ensino, estaríamos diante da bipartição do real. De um lado, o real impossível e universal, do outro, um real contingente, singular e sinthomaticamente construído. Portanto, diante dos estudos millerianos na obra lacaniana ele afirmou que o real é contingente mais que impossível permitindo, assim, perceber uma outra maneira da relação entre real e inconsciente.

Ademais, o reconhecimento da dimensão subjetiva do mal-estar seria importante, pois dificultaria que o sujeito fosse tratado como objeto, e permitiria que seria considerado em sua singularidade. Diante disso, foi relevante pensar sobre o lugar da psicanálise como uma intervenção social em uma vertente teórica, prática, investigatória e política, em tempos de uma cultura do excesso, da exacerbação e de uma vida “[...] cada vez mais acelerada, icônica e funcionalizada” (DUNKER, 2017, p. 28). Quando se pensava em um psicanalista na função de ouvidor, em uma perspectiva ética, o que ele escutava? Isso seria um desafio.

Dessa forma, na rotina do trabalho do ouvidor, foram encontrados alguns desafios. De um lado, ele presentificava a oferta de um espaço na instituição para a interlocução entre usuários, profissionais de saúde e gestores; de outro, sustentava uma rotina de validação dos processos sobre a qualidade dos serviços prestados na instituição. Todavia, parecia que o encontro da queixa de um usuário e do anseio da prestadora hospitalar em visibilizar a qualidade do serviço expressava um paradoxo que se situava entre o mal-estar individual e as apresentações estatísticas sobre a satisfação, fato comum no cenário institucional.

Isso posto, permanecia com uma aposta de trabalho nessa pesquisa de se pensar um psicanalista presente com seu ato, ao apostar na escuta do particular, poderia construir caminhos, trilhas de escoamento das dores para além da gestão institucional. Pensou-se, pois, em um psicanalista com desejo que transcendia a clínica, que se comprometeria com uma prática psicossocial e política na ouvi(dor)i(a) hospitalar.

Diante disso, esse capítulo foi trabalhado a psicanálise e a ciência, a questão do sujeito ao sujeito em questão. Aquele sujeito inaugurado com a filosofia cartesiana na constituição da psicanálise e depois foi pensado a subversão da psicanálise pela via do sujeito do discurso. Por fim, neste capítulo foi feito o anúncio da prática psicossocial e a política do psicanalista na ouvidoria hospitalar numa instituição pública estadual.

Nesse sentido, o capítulo dois vai versar sobre um encontro inusitado entre psicanálise e ouvidoria hospitalar. Para discorrer sobre ele, iniciou-se com a apresentação de um histórico do advento da ouvidoria e suas normativas, sobretudo, no campo da saúde coletiva brasileira. Na sequência, foi explicitado o modo como as ouvidorias podem ser consideradas como um avanço no acesso, na qualidade, na humanização e no controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).

3. OUVIDORIA HOSPITALAR E PSICANÁLISE: UM ENCONTRO INUSITADO

Este capítulo versa sobre um encontro inusitado entre psicanálise e ouvidoria hospitalar. Para discorrer sobre ele, iniciou-se com a apresentação de um histórico do advento da ouvidoria e suas normativas, sobretudo, no campo da saúde coletiva brasileira. Na sequência, foi explicitado o modo como as ouvidorias poderiam ser consideradas como um avanço no acesso, na qualidade, na humanização e no controle social no SUS.

Em seguida, foi demonstrado o resultado de uma investigação sobre o que tem sido produzido pelos profissionais *psis* em relação a essa temática. Nos trinta e quatro artigos encontrados, somente três discorreram explicitamente sobre o psicólogo na ouvidoria. Já no campo da psicanálise, não foi encontrada nenhuma publicação. Constatou-se a importância de inaugurar essa temática no campo psicanalítico. Ao levar isso em conta, ao final desse primeiro item foi apresentada a ouvidoria de que se trata nessa pesquisa.

No item seguinte, a discussão continuou com a apresentação dos antecedentes até o encontro com o psicanalista corporificado na instituição hospitalar. Nele, buscou-se dialogar sobre a presença do psicanalista fora do consultório tradicional e a consequente expansão da psicanálise no mundo. O capítulo fez um percurso teórico e esclareceu sobre a diferença entre as clínicas médica (clínica do olhar) e psicanalítica (clínica da escuta). Considerou-se que a medicina visa a um tratamento universal para os pacientes e o psicanalista, no hospital, testemunha os efeitos subjetivos da intervenção da ciência sobre o corpo.

Partindo desse princípio, considerou-se que a prática do psicanalista na ouvidoria hospitalar não se refere a um tratamento psicanalítico tradicional, mas uma intervenção que começa a partir dos significantes trazidos pelo usuário do SUS ao ouve(dor), tendo em vista que a “fala [...] desempenha papel essencial de mediação” (LACAN, 1962-63/2005, p. 30). Assim, no transcorrer desse item, formalizou-se a seguinte questão: em qual momento um sujeito busca a ouvidoria? Geralmente quando uma insatisfação se apresentou. Nesse sentido, ela foi traduzida como mal-estar, um desconforto ou um incômodo representado por uma queixa ao ouvidor hospitalar. Nesse contexto, na rotina do trabalho do ouvidor foi encontrada alguns desafios que geralmente estão relacionados com as falhas da instituição: falta de recursos financeiros, falta de recursos humanos, burocratização dos processos administrativos e mal funcionamento dos protocolos assistenciais. Mas, apesar dessa rotina institucional a aposta seria buscar algo do particular que poderia sinalizar a singularidade do sujeito enredado na instituição hospitalar pública.

E, nesse sentido, para ilustrar uma prática hospitalar, foi apresentada e fundamentada a metodologia de trabalho desta pesquisa: a clínica viva do mal-estar na instituição hospitalar. Ademais, não se pôde esquecer que não há uma prática psicanalítica que não leve em conta a sua ética com a premissa de outorgar um lugar ao sujeito (MOLLEDA, 2023). Sendo assim, o capítulo finalizou com a transmissão do primeiro fragmento de atendimento do ouvi(dor) com sua escuta psicanalista em uma posição de lugar alfa (MILLER, 2009) na ouvidoria hospitalar. Ao considerar que os efeitos do encontro com um analista não se resumiam ao *setting* tradicional e, sim do desejo do psicanalista com sua formação pôde exercer uma prática na instituição, um dispositivo nômade. Essa foi a aposta de trabalho discorrida ao longo dessa pesquisa.

3.1. O advento da ouvidoria e suas normativas no campo da saúde coletiva brasileira

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua criação, na década de 1980, propôs uma inovação e regulamentação do atendimento prestado à população brasileira. Nele, foi possível perceber novas políticas de gestão implantadas nas instituições públicas. Uma das inovações foi a criação de serviços de ouvidorias em Ministérios, Secretarias Estaduais e Municipais, um espaço de acolhimento, de cuidado, com um tratamento de qualidade do ponto de vista técnico e o reconhecimento dos direitos dos usuários do SUS.

Dessa forma, as ouvidorias devem ser operacionalizadas a partir dos princípios do SUS: a universalidade com acesso gratuito para todos os cidadãos; a integralidade no atendimento (abertura, análise e a conclusão da manifestação); a equidade dos atendimentos onde todas as demandas sejam acolhidas; a descentralização e regionalização; a hierarquização e a participação comunitária considerando as necessidades de cada realidade. Já o ouvidor no SUS, seria um “agente proativo de mudança que media [sic] os interesses dos cidadãos em face dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e que busca a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 33).

Nesse sentido, as ouvidorias de saúde seriam consideradas como um amadurecimento no atendimento humanizado e com qualidade aos usuários do SUS em todo o território nacional. A discussão sobre a qualidade dos serviços no SUS surgiu na 11ª Conferência Nacional de Saúde, intitulada *Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social*, realizada no ano de 2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Mas, antes

disso, em 1996, a 10ª Conferência Nacional de Saúde emitiu uma normativa para a criação das ouvidorias no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, p. 42):

Os Conselhos e os gestores do SUS devem construir e implementar novos mecanismos de participação, os quais devem ter assegurados, pelos gestores do SUS, todas as informações necessárias para a análise e deliberação das questões a eles pertinentes, bem como para divulgação aos usuários. Os Conselhos e Conferências de Saúde devem obedecer à paridade estabelecida pela Lei Federal nº 8.142/90. Entre esses mecanismos, incluem-se: [...] Ouvidorias e Serviços Disque-Denúncia em todos os níveis do SUS, vinculados aos Conselhos de Saúde.

Posto isso, ao iniciar os estudos sobre este tema, constatou-se que o marco inaugural sobre a ouvidoria surgiu na Suécia no início do século XIX (BRASIL, 2014). O representante do povo, *Ombudsman*, recebia as críticas e sugestões da população. Ele atuava no Parlamento em defesa dos cidadãos. Assim, diante dessa inovação sueca, outros países criaram o cargo de ouvidor, com nomenclaturas diferentes:

Em Portugal, por exemplo, esse profissional é chamado de Provedor de Justiça; na França o termo é traduzido como *Médiateur de la République*; já nos países latinos costuma-se denominar o cargo como *Defensor del Pueblo*. Nos Estados Unidos foram criados, a partir da década de 1960, *ombudsmen* espalhados pela Administração Pública, obedecendo a regulamentos próprios, diferentemente do modelo europeu, em que há apenas um *ombudsman*, ligado ao Poder Legislativo. (BRASIL, 2014)

No século XX, os países europeus sob inspirações das reformas administrativas ocorridas na Suécia, seguiram seu modelo onde as funções foram divididas entre três *Ombudsmen*. “Um primeiro era responsável por questões ligadas ao bem-estar do administrado; um segundo, pelos assuntos judiciais e militares; e um terceiro, pelas matérias cíveis” (CARDOSO, 2010, p. 7).

Na América Latina a implantação,

[...] se deu mais tardiamente, ocorrendo nas duas últimas décadas do século XX, após o processo de redemocratização do continente. Tal não poderia ser diferente, na medida em que ouvidoria pública pressupõe plenitude de direitos civis e políticos em um ambiente democrático. Assim, no final do século XX, inauguraram-se ouvidorias públicas em Porto Rico (1977), Guatemala (1985), México (1990), El Salvador (1991), Colômbia (1991), Costa Rica (1992), Paraguai (1992), Honduras (1992), Peru (1993), Argentina (1993), Bolívia (1994), Nicarágua (1995), Venezuela (1997) e Equador (1998). (CARDOSO, 2010, p. 7)

No Brasil não foi diferente, mas pareceu interessante dizer que, em meados do século XVI, uma modalidade de ouvidoria foi implantada na administração colonial (BRASIL, 2014). Naquela época, o ouvidor era considerado os “ouvidos do rei” e operou até a Proclamação da

Independência do Brasil em 1822. Era importante ressaltar que essa modalidade de ouvidoria não se destinava à defesa dos direitos da população, mas, sim, garantir o poder do monarca, sendo extinta com a independência do país, pois não havia mais interesse em se manter os “ouvidos do rei”. Cabia ainda ressaltar que, com a ditadura militar de 1964, foi intensificado esse movimento de desinteresse em relação à população e por escutar o cidadão, vivenciou-se um golpe mais duro e instaurado um período de silenciamento das pessoas e dos dispositivos democráticos. “O cenário político brasileiro não permitia o seu desenvolvimento, uma vez que nada mais avesso a um regime de exceção do que um canal de participação e controle social da administração pública pelos cidadãos” (CARDOSO, 2010, p. 8). A ouvidoria ressurgiu somente na década de 1980 com o movimento de redemocratização. O ouvidor, naquele momento, não tinha a conotação de ser mais os “ouvidos do Rei” e, sim, seria o “responsável por acolher as expectativas sociais e tentar introduzi-las junto ao Estado” (BRASIL, 2014, p. 9).

Assim, em um primeiro momento as ouvidorias públicas em Estados de redemocratização recente desempenham duplo papel: o de servir de meio de participação direta, permitindo o controle social da república; e o de auxiliar a renovação da sociedade civil, a partir da reconstrução da confiança e do respeito, o que depende da autonomia e da eficiência das ouvidorias públicas. (BRASIL, 2014, p. 9)

Ademais, a primeira ouvidoria criada no período democrático brasileiro foi na cidade de Curitiba no ano de 1986. A partir daí, as ouvidorias foram se multiplicando por todo o país nos anos subsequentes “[...] sob o impulso das reivindicações populares por participação nas deliberações do Estado” (BRASIL, 2014), como se pode observar no seguinte fragmento:

Em 1995 foi criada a Ouvidoria-Geral da República, como parte da estrutura do Ministério da Justiça. Em 1999, o Estado de São Paulo promulgou a lei de proteção ao usuário do serviço público, determinando a criação de Ouvidorias em todos os órgãos públicos estaduais. Em 2003, a Ouvidoria-Geral da República foi transferida para a estrutura da Controladoria-Geral da União (CGU), e posteriormente teve seu nome alterado para Ouvidoria-Geral da União (OGU), com competência para exercer a coordenação técnica do segmento de ouvidorias do Poder Executivo Federal. Em 2004 foi promulgada a Emenda Constitucional nº 45, que determina a criação de Ouvidorias no Poder Judiciário e no Ministério Público no âmbito da União, dos Estados e do Distrito Federal e Territórios. (BRASIL, 2014)

Nesse sentido, seguindo os processos históricos de consolidação da construção das ouvidorias, na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), foram estabelecidos alguns elementos norteadores para a base da política nacional de ouvidoria do SUS, quais sejam: 1 - criar e implementar, nas três esferas de governo, um processo de acolhimento contínuo e de interlocução com os usuários do SUS, por

intermédio de serviços telefônicos gratuitos; 2 - desenvolver ampla pesquisa para avaliar a satisfação dos usuários e profissionais do SUS; e 3 - utilizar a ouvidoria para fortalecer o controle social e a gestão participativa. Entretanto, tais propostas não chegaram, de fato, a serem viabilizadas na prática institucional humanizada, como esclarece Spink (2007, p. 47):

Os programas de humanização hospitalar, que recentemente, resultaram na Política Nacional de Humanização, apontam para a necessidade que toda política e ação de saúde devam ter como eixo a humanização. [...] muitas vezes, sem realizar articulações com os princípios e diretrizes do SUS. Humanizar, no sentido proposto pelo Ministério da Saúde, é mais que reorganizar os espaços sanitários; é reorganizar os processos de trabalho, formar e qualificar trabalhadores, garantir os direitos e a cidadania dos usuários por meio do controle e da participação é instituir práticas fundadas na integralidade.

Diante das provocações de Spink (2007), indaga-se: o que se entende por humanização no SUS? Traverso-Yépez e Moraes (2004, p. 81) revelaram que os processos de “humanização” das práticas de saúde deveriam valorizar a subjetividade do usuário, bem como a “relação profissional-paciente/cliente”. Pode ser que, como uma tentativa de implementar uma política de humanização, o Governo Federal tenha criado, por meio do Decreto n° 4.726, de 9 de junho de 2003, a Estrutura Regimental e Organizacional do Ministério da Saúde, sendo que nessa estrutura se prevê a criação de Secretaria de Gestão Participativa com dois departamentos: Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária e Ouvidoria Geral do SUS. O artigo 28 do Decreto nº 4.726 (BRASIL, 2003) apresenta as competências do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS:

I - Propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação do SUS;

II - Estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de Ouvidoria da Saúde;

III - Implementar políticas de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS;

IV - Analisar sugestões emanadas da sociedade civil por intermédio de suas organizações, com vistas à ampliação do acesso e à melhoria dos serviços de saúde e promover a discussão com os outros órgãos do Ministério;

V - Estimular a realização permanente de fóruns de usuários do SUS;

VI - Promover ações para assegurar a preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das reclamações ou informações decorrentes;

VII - Propor medidas visando assegurar o acesso do cidadão às informações individuais existentes nos órgãos de saúde;

VIII - Recomendar a correção de problemas identificados mediante reclamações enviadas diretamente ao Ministério contra atos e omissões ilegais ou indevidas no âmbito da saúde; e

IX - Recomendar a revogação ou correção de atos que não atendam aos objetivos e normas constantes da legislação vigente na área da saúde.

Constatou-se que o decreto previa políticas de avaliação e a implementação de um sistema de comunicação entre os usuários e os serviços, ou seja, o foco estaria no campo dos direitos do cidadão, mas ainda não possibilita uma relação humanista que acolhia a subjetividade do usuário. Apesar disso, esperava-se que as ouvidorias atuassem na promoção da cidadania na saúde e no acolhimento ao usuário no SUS. Assim, o MS, a partir de 2008, define as seguintes finalidades para as ouvidorias:

Canal de comunicação entre a população e o Sistema Único de Saúde (SUS) para o acolhimento de manifestações e busca de soluções e informações sobre os serviços de saúde pública. i) A Ouvidoria do SUS é um serviço de mediação entre o demandante e às áreas competentes pela resolução da demanda. ii) Constitui-se em um instrumento de participação social e de apoio à gestão democrática para melhorias do Sistema Único de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 33)

Além disso, o Sistema de Ouvidoria Geral do SUS dialogava com os programas do Ministério da Saúde, por exemplo, o Quali-SUS-Rede, que visava “[...] contribuir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para a qualificação da atenção e da gestão em saúde, por meio da organização de redes regionais e temáticas de atenção à saúde e de qualificação do cuidado em saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, s/p.); ou a Política Nacional de Gestão Participativa - ParticipaSUS de 2007, que esclarecia as funções das ouvidorias de saúde e a participação dos usuários na gestão do SUS. Segundo o documento do ParticipaSUS, dever-se-ia

[...] propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. (...) as Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários do

sistema e da comunidade, para subsidiar a política de saúde do país, contribuindo com o controle social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 11-12)

Foi importante ressaltar que o Governo Federal determinaria os princípios gerais, mas era obrigação de cada Estado legislar, fiscalizar e efetivar as políticas. Assim, desde 2017, em consonância com a Lei Federal nº 13.460, de 2017, o Governo de Minas Gerais regulamentou, através do Decreto Estadual nº 47.529, de 2018, a normativa de defesa dos direitos dos usuários do serviço público de saúde. De acordo com seu artigo 13:

Art. 13. As ouvidorias terão como atribuições precípuas, sem prejuízo de outras estabelecidas em regulamento específico: I - promover a participação do usuário na administração pública, em cooperação com outras entidades de defesa do usuário; II - acompanhar a prestação dos serviços, visando a garantir a sua efetividade; III - propor aperfeiçoamentos na prestação dos serviços; IV - auxiliar na prevenção e correção dos atos e procedimentos incompatíveis com os princípios estabelecidos nesta Lei; V - propor a adoção de medidas para a defesa dos direitos do usuário, em observância às determinações desta Lei; VI - receber, analisar e encaminhar às autoridades competentes as manifestações, acompanhando o tratamento e a efetiva conclusão das manifestações de usuário perante órgão ou entidade a que se vincula; e VII - promover a adoção de mediação e conciliação entre o usuário e o órgão ou a entidade pública, sem prejuízo de outros órgãos competentes. (GOVERNO DE MINAS GERAIS, 2018)

Posto isso, dever-se-ia destacar a interrogação de Deslandes (2004, p. 12): “Quais são os mecanismos de ‘permitir a voz’, a livre expressão desses usuários, de facilitar a verbalização de suas demandas, além dos espaços mais formais das ouvidorias?”. As ouvidorias seriam apenas mais um elemento da máquina burocrática, em que as demandas dos usuários entrariam na rotina da instituição, sendo mais um expediente de meros trâmites administrativos? É possível produzir um efeito novo? Uma ouvidoria gerida por um ouvidor/psicanalista poderia criar um espaço que ultrapassasse o fazer burocrático? Poder-se-ia pensar a ouvidoria como um espaço de escuta com efeitos subjetivos e objetivos no contexto institucional? Tais inquietações animaram a investigação desse tema de pesquisa.

Agora, quando se investigou o campo do conhecimento em psicologia, o que tem sido produzido pelos profissionais sobre esse assunto? Para responder tal pergunta, partiu-se para uma investigação em quatro plataformas acadêmicas de divulgação em produção científica, Scielo, Pepsic, Capes e Google acadêmico. Utilizou-se como filtro de pesquisa as seguintes palavras: psicologia e ouvidoria, psicologia e ouvidoria hospitalar, psicanálise e ouvidoria, ou psicanálise e ouvidoria hospitalar. O foco da investigação foi a presença de alguma referência à ouvidoria e/ou ouvidoria hospitalar, bem como a autoria, em artigos, de pelo menos um

profissional formado em psicologia. A aposta foi que ao final, a pergunta sobre a produção do campo *psi* poderia ser respondida.

Foi possível, com base nos parâmetros descritos acima, elencar trinta e quatro artigos (Anexo – Tabela 1). De todas as produções pesquisadas, somente três discorreram explicitamente sobre o psicólogo na ouvidoria hospitalar ou na ouvidoria geral. O artigo intitulado “Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar” (CARVALHO et al, 2009) discorreu sobre o histórico da construção das ouvidorias no Brasil e acrescentou contribuições de uma socióloga sobre o tema. Para Pereira (2000, pp. 267-268), na conclusão de seus estudos, a existência de uma ouvidoria na instituição hospitalar teria as seguintes características:

Acreditamos que para uma ouvidoria atingir plenamente seus objetivos, de ser um canal para ouvir a voz do cidadão, é necessário que tenha uma estrutura onde a pessoa que é responsável tenha respaldo institucional, e não apenas da direção. Que a comunidade hospitalar toda assuma a ouvidoria como um projeto institucional e a reclamação como uma questão eminentemente social e não apenas individual.

Posto isso, nos trabalhos citados acima, os autores transmitiram as realidades daqueles contextos institucionais, a rotina no acolhimento das manifestações nas ouvidorias, onde eram exercidas por psicólogas, por coincidência, escolhidas pela diretoria hospitalar. Mas, o que é relevante nesse momento, seria:

Haveria uma contradição entre o trabalho do psicólogo no hospital e o trabalho de ouvidor? Certamente as tarefas são distintas, mas, se consideramos que a Psicologia, no Hospital, (...), não consiste apenas em lidar com os sentimentos dos pacientes, é possível conceber algumas convergências entre as duas funções. (...) As ouvidorias poderiam desempenhar um papel pró-ativo no controle social, e os psicólogos poderiam ir além dos sentimentos para lidarem com o ser humano na sua integralidade. (CARVALHO et al, 2009, p.180-181)

Continua:

No contexto hospitalar, as ouvidorias apresentam um duplo desafio para a Psicologia social da saúde: compreender a micropolítica da instituição hospitalar, que tende a desenvolver uma prática disciplinadora incompatível com o exercício da cidadania, e a instituição da ouvidoria como instância em que uma micropolítica de controle social pode ser desenvolvida, de um lado, e, por outro, oferecer subsídios teóricos para a capacitação de ouvidores, compreendendo a dimensão política do trabalho na saúde, em contraposição a uma Psicologia da saúde centrada nos “sentimentos”. (CARVALHO et al, 2009, p. 182)

Neste sentido, já no artigo intitulado “Ouvidoria: uma possibilidade de atuação do psicólogo”, a autora esclareceu que:

O encontro e a atitude de ouvir e dar acolhimento ao que está sendo dito pelo cliente-cidadão, são alguns dos principais aspectos profissionais de quem ocupa o cargo de ouvidor. Também para o psicólogo e essas dimensões fazem parte da natureza de sua formação, dando-lhe as condições básicas para assumir esta nova possibilidade de atuação, o de ouvidor. (PEREIRA, 2013, p.290)

Ao considerar as “condições básicas” para assumir a função de ouvidor, o psicólogo, segundo Pereira (2013, p. 296), além das habilidades e das técnicas esperadas do profissional de psicologia, deveria possuir as principais características:

(a) sensibilidade, forma de agir do Ouvidor em relação ao caso apresentado e relatado pelo cliente-cidadão, ; (b) empatia, pois é a partir da sua aceitação pelo público que atende e pelo grupo representativo da organização, que irá se firmar como canal de ligação entre o cliente e o responsável pela resposta e solução da demanda; (c) proatividade, porque estará, sistemática e rotineiramente, buscando ativamente se antecipar aos fatos e às soluções mais adequadas, junto ao centro de poder institucional, para as questões identificadas, que poderiam se transformar em demanda; e (d) capacidade para a análise crítica dos fatos, através de uma visão global da questão e das possibilidades de atenção, para que possa fazer o encaminhamento adequado e o controle da qualidade das soluções, de forma que atenda ao cerne da demanda.

E continua:

No que se refere ao profissional graduado em psicologia pode-se destacar alguns aspectos que são largamente estudados na trajetória de sua formação, como o encontro (de que forma estabelece a relação); o ouvir (atitude) e o acolhimento (ação) e a partir da abordagem gestáltica pode-se passear um pouco por esses conceitos no sentido de relacionar a natureza da profissão de psicólogo às funções de ouvidor. (PEREIRA, 2013, p. 297)

No terceiro artigo, “Psicologia da Saúde crítica no contexto hospitalar”, o autor apresentou alguns questionamentos feitos à prática hospitalar. Isso seria uma confirmação sobre o caráter generalista da formação em psicologia. Considerou que:

“(...) uma prática fundamental para uma atuação transformadora no contexto hospitalar, e uma forma de institucionalizar essa prática é a ouvidoria hospitalar, que se configura como um espaço que vincula a questão do controle social dos serviços de saúde à temática da relação profissional-paciente”. (CARVALHO, 2013, pp. 362-363)

Tais considerações ajudam a compreender e localizar o tema da pesquisa no campo da psicologia. Contudo, já nas outras produções, percebeu-se que os profissionais, ao se referirem à ouvidoria, a utilizaram como resultado da política de humanização no SUS, levando em conta informações estatísticas para ilustrar assuntos relacionados a problemas sociais e/ou institucionais como violência de gênero, contra o idoso, contra criança/adolescente, classes sociais, violência sexual, população carcerária e avaliação institucional. Constata-se a urgência na transmissão de novas pesquisas com este tema, haja vista a existência de poucos trabalhos publicados no campo da psicologia e, sobretudo, no campo da psicanálise, em que não foi encontrada nenhuma publicação.

Assim, após a leitura desses artigos, pôde-se decantar alguns elementos interessantes. Percebeu-se que entre as duas funções, ouvidor e psicólogo no hospital, houve uma

possibilidade de enodamento entre o subjetivo e o político. Contudo, com uma marcada diferença na direção. Ao levar em conta que na função de ouvidor a escuta tende a sustentar um deslocamento do subjetivo ao político, isso geraria efeitos nas normas da instituição. Já na função *psi* entraria em cena mais um deslocamento: o do político (inconsciente) ao subjetivo (desejo). Pode-se pensar que o psicanalista na função de ouvidor no hospital atuaria na sustentação de uma “mão dupla” da realidade ali verbalizada. Uma via, como já foi dito, do subjetivo ao político; e, na “contramão”, no sentido retroativo, do político ao subjetivo. O sujeito que aceitaria o convite, pelo estabelecimento de uma via transferencial, de um laço mínimo ao Outro, sustentaria seu desejo na contramão dos imperativos institucionais, das normas que tendem à exclusão do particular. Ao se servirem dessa via de “contramão” ofertada pelo desejo do analista em escutá-los, algo novo seria criado a partir desses sujeitos: uma realidade singular no cenário institucional. Diante disso, o subjetivo em um mais além do particular, ou seja, a singularidade entraria em cena. Com isso, ao percorrer esse caminho, de ação e retroação, o sujeito poderia se servir da escuta de um ouvi(dor) que se serve de uma escuta psicanalítica, um lugar onde a conversa assume a forma de uma pergunta e a própria pergunta se volta para a resposta (MILLER, 2007). Um ir e vir, no seu tempo e sem hora marcada, poderia ocorrer uma ação transformadora a ser revelada, veiculado pela palavra, nas vias da ouvidoria hospitalar.

O ponto de partida desta pesquisa surgiu como um efeito do desejo do pesquisador em transmitir sua prática laboral exercida desde 2018 no setor de ouvidoria do HAC, uma unidade hospitalar direcionada para tratamento oncológico: uma aposta na transmissão de uma rotina de trabalho de um ouvidor hospitalar com formação em psicanálise. Sabe-se, salvaguardadas suas diferenças abissais, que a ouvidoria, como também o psicanalista, são lugares geralmente acionados quando algo não vai bem, um desarranjo, denotando assim a semelhança por uma busca a um outro que oferte minimamente um espaço de escuta, que ouve(dor). Este trabalho representa, então, uma aposta inaugural em psicanálise.

Posto isso, a diretoria estratégica da rede hospitalar, no ano de 2017, implantou o Setor de Ouvidoria em todas as unidades da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Foi realizada uma parceria com a Ouvidoria Geral do Estado (OGE), que previa a capacitação e acompanhamento das ouvidorias nas unidades da instituição. Em conjunto com o Ministério da Saúde (MS), doaram a mobília por unidade assistencial e capacitaram os servidores para operar o sistema informatizado, chamado Ouvidor SUS. Assim, foi possível o início das atividades do Setor de Ouvidoria em cada unidade hospitalar, agora de forma

padronizada e em consonância com outras ouvidorias em todo o território nacional. Além disso, foi pactuado com o governo federal o prazo estabelecido de resposta de até trinta dias corridos. Segundo a OGE (2018),

A Ouvidoria de Saúde tem por finalidade receber, registrar, apurar e enviar resposta às reclamações, denúncias, solicitações, sugestões e elogios dos cidadãos em relação aos serviços de saúde prestados pelo SUS. Além disso, realiza vistorias em estabelecimentos de saúde para apurar indícios de ilegalidade, irregularidade ou arbitrariedade na prestação de serviços de saúde, apontando medidas para correção de desvios e falhas identificados.

Agora, com prazo para a resposta sobre a manifestação formalizada na ouvidoria hospitalar, a instituição acrescentou, desde 2018, um indicador de resultado, que considera o tempo de resposta das manifestações no Pacto de Gestão Hospitalar (PGH), que previa uma meta de 100% das manifestações respondidas no prazo de trinta dias. Caso a manifestação não foi respondida, a unidade hospitalar perderia repasses financeiros do governo de Minas com impactos na Gratificação de Incentivo à Eficientização dos Servidores (GIEFS) do hospital.³

A partir dessas diretrizes, em abril de 2018, foi feito um convite pela gerência assistencial do hospital ao autor dessa pesquisa para assumir a função de ouvidor hospitalar do HAC. O convite foi justificado, segundo a gerente assistencial, porque ela percebia que os pacientes saíam mais calmos após o atendimento com o psicólogo. Ressaltava-se que a ouvidoria hospitalar como um setor, até o ano de 2017, não existia. A função de ouvidor até essa data era exercida por servidores psicólogos e assistentes sociais.

Na época, as manifestações dos usuários eram feitas à mão e encaminhadas para a diretoria hospitalar para as devidas providências. Não havia uma forma consistente de acompanhamento, ou seja, era difícil viabilizar uma rotina de controle de manifestações respondidas que chegassem aos usuários. Essas, quando ocorriam, ficavam a critério do profissional que incluía em suas atividades clínicas a devolução das manifestações via contato telefônico. Na maioria das vezes, as tentativas não eram bem-sucedidas, refletindo em um arquivamento sem uma devolutiva para o autor da manifestação.

³ Esta característica das instituições no interior do modo de produção capitalista será discutida no Capítulo 4.

3.2. Dos antecedentes até o encontro com o psicanalista corporificado na instituição hospitalar

Ao refletir sobre a presença do psicanalista fora do consultório tradicional, como, por exemplo, numa instituição hospitalar, pôde-se inferir sobre a presença da psicanálise no mundo, ou seja, sua função política. “O pressuposto é o de que um dos mais importantes destinos da psicanálise, hoje e no futuro, será fora dos consultórios psicanalíticos, ao lado de outros profissionais da saúde, e, também, nas áreas da educação, do trabalho social e comunitário, etc. (FIGUEIREDO, 2019, p. 10).

No artigo “Linhas de progresso na terapia psicanalítica”, Freud já considerava a participação do psicanalista no sistema público de saúde, indicava sua relevância para além dos consultórios privados: “vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável população. [...] Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres”. (FREUD, 1919[1818]/1996, p. 180). Ou seja, o pai da psicanálise já considerava a prática psicanalítica como um processo em constante movimento. Mais tarde, em “Explicações, aplicações e orientações”, discorreu sobre a possibilidade da aplicação da psicanálise no campo da educação sem abandonar seu rigor ético. “A atividade psicanalítica é árdua e exigente, não pode ser manejada com um par de óculos que se põe para ler e se tira para sair e caminhar” (FREUD, 1933[1932]/1996, p. 150). Continuou:

Aqueles psicoterapeutas que empregam a psicanálise, entre outros métodos, ocasionalmente pelo que sei, não se situam em chão analítico firme, não aceitaram toda a análise, tornaram-na aguada – mudaram-lhe a essência, quem sabe; não podem ser incluídos entre os analistas. (FREUD, 1933[1932]/1996, p. 150)

Desde aquela época Freud já refletia sobre a aplicabilidade da psicanálise no campo social a partir das novas condições do mundo. A extensão da prática psicanalítica para além do consultório tradicional é uma possibilidade da qual o analista pode lançar mão, como a extensão de sua intenção de responder com a sua ética aos imperativos de uma época. O hospital, além de ser um lugar onde há nomeações de doenças, também é um espaço psicossocial.

No cenário hospitalar, percebeu-se que as doenças orgânicas são atravessadas por questões subjetivas. Um sujeito com quadro diagnosticado de câncer pode apresentar uma variedade de sintomas que não estariam diretamente relacionados à doença, que poderia sugerir

a interferência de fatores subjetivos no seu quadro clínico. No entanto, tais interferências geralmente não seriam percebidas pela clínica médica.

Quando o médico escuta o paciente dizer que tem um peso na cabeça, uma ardência na testa, sente a cabeça latejar sem parar e tem um pensamento que não para de martelar, se ele não traduz isso como sinais médicos de cefaleia, ele não tem como tratar aquilo de que o paciente se queixa em sua frente. Do mesmo modo, um abafamento no peito e falta de ar, isso não está inscrito no discurso médico senão pelo signo de dispneia. E assim por diante. O trabalho do médico consiste em descartar o que há de particular no discurso do sujeito para torná-lo legível. É preciso excluir a singularidade, as diferenças entre cada caso, única via pela qual a subjetividade poderia se manifestar, em nome de uma pretensa objetividade científica e terapêutica. (MORETTO, 2001, p. 69)

Por outro lado, a escuta psicanalítica seria uma possibilidade de dar lugar ao sujeito subjugado pela doença. A prática psicanalítica hospitalar mostrava que, apesar da condição de doente, que marca a identidade do paciente no hospital, a oferta da palavra produzia efeitos sobre o sujeito que vão além daqueles que envolvem a doença orgânica instaurada. No hospital, o saber da medicina seria fundamental, o que conferia ao médico um lugar assegurado de trabalho na instituição. Já o psicanalista deveria marcar a relevância do seu trabalho no ambiente hospitalar, tendo em vista que a inclusão da psicanálise nesse espaço seria contingencial.

Lacan (1966/2001), em seu artigo “O lugar da psicanálise na medicina”, considerava que o lugar da psicanálise visto pela medicina seria um lugar marginal, como uma espécie de ajuda externa, comparável a outras categorias profissionais, tais como a dos psicólogos. Já do ponto de vista do psicanalista, esse lugar seria extraterritorial, pois mesmo atuando no mesmo lugar, com o mesmo paciente, era importante que o psicanalista se mantivesse numa posição de extraterritorialidade.

O que indico ao falar da posição que pode ocupar o psicanalista, é que atualmente ela é a única de onde o médico pode manter a originalidade de sempre da sua posição, qual seja daquela de alguém que tem que responder a uma demanda de saber, ainda que isso possa ser feito conduzindo-se ao sujeito a voltar-se para o lado oposto das ideias que emite para apresentar sua demanda. Se o inconsciente não é uma coisa monótona, mas ao contrário uma fechadura tão precisa quanto possível e cujo manejo não há nada além de não abrir aquilo que está além de uma cifra da maneira inversa de uma chave, esta abertura só pode servir ao sujeito em sua demanda de saber. O inesperado é que o próprio sujeito confesse sua verdade e a confesse sem sabê-lo. (LACAN, 1966/2001, p. 13)

A palavra, quando escutada, pode ter efeitos sobre o corpo, levando ao desaparecimento de sintomas não relacionados à doença clínica e favorecendo o protagonismo do paciente na

unidade hospitalar. O psicanalista apostaria na escuta da subjetividade, permitindo que ela emergisse no encontro com esse outro para além de uma nomeação institucional.

Lacan já esclarecia que uma dimensão importante da palavra em ato era a tentativa de quem fala ser reconhecido, uma vez que o sujeito só poderia se colocar na linguagem. Bleichmar (2021, p. 246), corroborando os esclarecimentos de Lacan, assinalou que “[...] é necessário recuperar a ideia central da psicanálise de que a palavra é a ferramenta privilegiada”. Reiterou-se a pergunta de Moretto (2001, p. 44):

Mas o que há de tão caro na palavra? Sim, porque o sujeito paga pelo que fala, e a Psicanálise nos ensina que o que foi dito está dito para sempre, é impossível consertar. E, mais ainda, se o dito popular é que as palavras se volatilizam, vale só o que é estrito, em Psicanálise o caminho é outro: as palavras faladas ficam porque têm o preço da existência do sujeito.

Partindo desse princípio, pôde-se considerar que a prática do psicanalista no contexto da ouvidoria não se tratava de um tratamento psicanalítico tradicional, mas, uma intervenção que começava a partir do tratamento dos significantes predeterminados trazidos pelo usuário do SUS ao ouve(dor), tendo em vista que “a fala [...] desempenha papel essencial de mediação” (LACAN, 1962-63/2005, p. 30). Ele continuou:

[...] essa fala mediadora não é pura e simplesmente mediadora nesse plano elementar. Ela permite, entre dois homens, transcender a relação agressiva fundamental com a miragem do semelhante. É preciso que ela seja ainda coisa bem diferente disso, pois, se refletimos, vemos que não apenas ela constitui essa mediação, como também a própria realidade. (LACAN, 1962-63/2005, p. 31)

Ao levar isso em conta, seguiu-se na trilha dos estudos lacanianos, a linguagem para a psicanálise seria, além do ato da fala, da palavra em si; a linguagem constituía o campo simbólico que incluía a impossibilidade de dizer tudo, destacava-se uma incompletude. Ou seja, a linguagem não se restringiria a um ato de comunicação. A linguagem para a psicanálise foi pensada a partir de uma *outra* cena, na qual havia uma disjunção entre aquele que falou e aquilo que foi falado. A palavra poderia possuir mais de um sentido, havia um outro querer dizer. Colocava em cena, uma *outra* cena, a realidade psíquica.

O psicanalista, com a sua presença física, escutava as diversas queixas que lhe eram dirigidas. Na condição de psicanalista, dentro do hospital, pôde-se, de alguma maneira, criar um espaço que favoreceria a manifestação do singular, mesmo operando no setor de ouvidoria, lugar onde o mal-estar se apresentava e que pôde, às vezes, anunciar algo sobre o particular de quem o anunciou. Essa prática era atravessada por uma série de variáveis existentes no hospital:

a disciplina, a hierarquia, o controle, a rigidez, a manipulação dos corpos, a falta de cerimônias com os pacientes, falta de pudores para despir os pacientes, exames invasivos, destituição da privacidade; entre outros. Objetivava-se, ao final, a investigação da clínica médica. Para Freud (1905/1996a, p. 271) a medicina

[...] fez seus maiores progressos, tanto na qualidade de ciência como na de arte: desvendou a composição do organismo a partir de unidades microscopicamente pequenas (as células), aprendeu a compreender física e quimicamente cada um dos processos (funções) vitais, distinguiu as modificações visáveis e palpáveis das partes do corpo em consequência dos diferentes processos patológicos entranhados a fundo no organismo vivo; desvendou ainda um grande número de micróbios patogênicos e com a ajuda dos conhecimentos recém-adquiridos, reduziu extraordinariamente os perigos das intervenções cirúrgicas mais graves.

Já, pela via da escuta psicanalítica, constatava-se um outro cenário: a transitoriedade, a brevidade dos atendimentos, a complexidade do campo transferencial e a imprevisibilidade. Percebeu-se “[...] que o hospital é um ambiente complexo, marcado de modo inegável pela presença da dor e do sofrimento humano” (MORETTO, 2019, p. 19).

O psicanalista, como causa desse novo discurso, era parte integrante da realidade ali criada. Assim, ao distanciar dos protocolos institucionais e escutar o particular, a experiência psicanalítica encontrava-se com a questão da verdade. Uma verdade que tentava sobrepor a uma máxima científica e ancorada em uma verdade produzida a partir da contingência do encontro: do sujeito com o psicanalista, decididos ao trabalho, na ouvi(dor)i(a) hospitalar.

A “inserção” do psicanalista é um processo que tem a ver com o seu ato – o ato do psicanalista. Estamos falando de algo que tem a ver com um posicionamento simbólico, uma localização subjetiva, e que, portanto, leva em conta um processo psíquico que envolve, no mínimo, um “eu”, um “outro” e uma estrutura que os contém e delimita de forma a garantir a qualidade de “dentro/fora” de qualquer que seja o elemento que a constitua. (MORETTO; PRISZKULNIK, 2014, p. 290)

Assim, o psicanalista considera que nenhuma resposta do sujeito no ambiente hospitalar era por acaso, seus atos e palavras diziam algo sobre ele. Tendo em vista que o psicanalista não sabia sobre o desejo do outro, ele precisava da fala do sujeito, uma posição outra em relação às ciências positivistas, por exemplo, a medicina.

Ao levar aquilo em conta, era imprescindível relembrar a seguinte questão: em qual momento um sujeito buscava a ouvidoria? Poder-se-ia pensar que era quando uma insatisfação se apresentava, como será demonstrado logo a seguir, ao final deste capítulo. Mas, quando o ouvidor era também um praticante da psicanálise, uma nova cena era revelada. Tendo sempre presente que a prática nas instituições não implicava uma mera e automática tradução do

paradigma da sessão. Não se tratava de uma tradução literal da prática da psicanálise fora do consultório, mas sim de viabilizar as condições de escuta na instituição que, muitas vezes, envolve o entre vários, orientado pela clínica lacaniana.

A insatisfação como o principal motivo para o usuário do SUS buscar a ouvidoria pôde ser traduzida como um mal-estar, um desprazer ou um incômodo representado por uma queixa ao ouvidor hospitalar. Ela pode ser pensada como uma questão psíquica econômica fundamental. O desprazer, como ensinou Freud, gerava uma tensão psíquica, e exigia uma organização mais complexa capaz de dar significados mentais a esses investimentos, colocando-os em um campo da experiência emocional que produziria um incômodo de forma particular. Se, de um lado, não se poderia negligenciar a queixa/denúncia do usuário, de outro, o encontro contingencial com o ouvi(dor) praticante da psicanálise poderia se transformar em um convite de trabalho para o sujeito em relação ao seu mal-estar.

Na prática do ouvidor hospitalar, houve uma constatação de manifestações que diziam sobre as queixas relacionadas à instituição, sem, no entanto, demonstrar algo particular. A intenção final era instaurar uma manifestação de reclamação. Poder-se-ia pensar em uma rotina administrativa, técnica e, por vezes, vazia de conteúdo reflexivo e transformador. Tais manifestações expõem geralmente uma precariedade no atendimento (demora no atendimento) ou na infraestrutura do SUS (falta de equipamentos tecnológicos e de recursos humanos), e o usuário parecia se colocar em uma posição queixosa e acusativa de explicitação dos furos da instituição, demandavam uma solução imediata de extinção do seu mal-estar, de uma resposta imediata a sua demanda, como se pode perceber pelas falas transcritas a seguir: *“pago meus impostos e exijo uma solução agora”*; como também, *“Estou aqui só para você ficar sabendo o que está acontecendo, sei que não vai adiantar nada, mas quem sabe, né?! Você resolva para mim”*. *“Por favor, não quero falar sobre minha internação. Quero que você registre minha reclamação no sistema e exijo um número de protocolo. Isso é para ter certeza que você fez o seu trabalho direito”*, *“Não quero conversar, aqui eu não posso reclamar do médico?”*. Parecia que, ao formalizar sua manifestação, o sujeito visaria realizar uma troca: entregar seu mal-estar psíquico, acoplado à reclamação sobre o serviço, e ter como produto uma satisfação imediata. Havia, segundo Molleda (2023, s/p, tradução nossa),

O imperativo de “fazer algo” domina a prática dos Serviços Sociais [instituições públicas] na medida em que eles são locais de recepção de demandas. Uma instituição que deve fornecer respostas aos problemas que enfrenta e da qual os profissionais fazem parte em uma posição subjetiva de obrigação de fornecer uma solução para essas demandas.

A autora advertiu: “cair na armadilha de oferecer supostas soluções por meio da manipulação das variáveis da realidade apresentada implica bloquear a possível emergência do sujeito que se questiona sobre seu envolvimento no que está acontecendo com ele (MOLLEDA, 2023, s/p, tradução nossa).

Nesse cenário institucional, o usuário do SUS diante do ouvi(dor) orientado pela psicanálise, teria em contrapartida um acolhimento por meio de uma escuta para além dessa reivindicação de uma solução imediata. Apostava-se que esse sujeito se implicaria em algo que não ia bem, se deslocaria da queixa ao se responsabilizar pelo seu mal-estar que não coincide totalmente com o motivo da queixa. Por exemplo, a perda da condição de saudável, o risco da morte iminente ou os efeitos de saber que é portador de uma doença grave. Ou seja, o ouvi(dor) não ia vitimizar o sujeito, pelo contrário, convocaria a tomar uma posição, de se implicar na cena verbaliza na qual ele também estaria incluído e como ele ia se haver no mal-estar verbalizado. O psicanalista, ao se fazer presente na ouvidoria, poderia desvelar o sujeito que se encontrava eclipsado pela cena institucional e ofertaria uma escuta para além da insatisfação. Já se sabia sobre as limitações que tem sido descoberto no registro simbólico, no entanto, segundo Molleda (2023), a prática psicanalítica em suas distintas vertentes continuaria sendo o encontro de um sujeito que fala a um outro sobre seus embrolhos com a demanda de saber o que fazer para sair do seu mal-estar.

Assim, a aposta era sustentar, a partir da ética da psicanálise, a importância do espaço da ouvidoria hospitalar para além de um dispositivo de denúncia e queixa. A ação e o acontecimento da reclamação na ouvidoria poderiam se transformar, em um giro, em um ato em que o sujeito se apresentava com seu desejo, ao mesmo tempo em que se colocava na posição de cidadão.

A partir desse lugar de resposta às condições [demandas de soluções imediatas], buscam-se então novas formas para que o sujeito possa se virar, "se virar com o que há", a um custo menor de sofrimento e precariedade, encontrar uma maneira de continuar. O profissional tem de estar presente para ver detalhadamente com o sujeito como ele está se saindo e quais formas lhe permitem funcionar e quais não. As respostas surgem como efeito desse encontro, não são respostas prontas, do tipo *pret a porter*. O profissional promoverá essas coordenadas da pragmática da psicanálise a partir dos lugares de fala, a fim de encontrar uma maneira de fazer. (MOLLEDA, 2023, s/p, tradução nossa)

Contudo, destacava-se a importância de criar obstáculos para o ideal cultural de satisfação direta e imediata das demandas, que prometeria prazer absoluto e supressão, mesmo que imaginária, da falta. Assim, seguindo na trilha de Molleda (2023, s/p, tradução nossa),

As demandas – geralmente são demandas que não encontram outro lugar para serem recebidas, demandas que não são aceitas nem pelas redes de apoio natural das pessoas nem pelo sistema de saúde. [...] Muitas são caracterizadas por problemas econômicos com a consequente formulação e aceitação de pedidos de soluções em termos de necessidades materiais que devem ser cobertas. Muitas vezes são acompanhadas de uma urgência subjetiva premente ou então colocam diante de nossos olhos situações tão limitantes que não nos permitem adiar por muito tempo uma intervenção que significaria uma mudança na realidade que apresentam. Essas demandas mostram os limites de nossos ideais como comunidade.

Diante disso, ao receber o usuário do SUS, construía-se uma sustentação de um espaço de escuta na ouvidoria, sem negligenciar a explicitação das deficiências do serviço, algo que funciona como instrumento criativo de convocação para o sujeito além da sua identidade de paciente ou servidor do hospital. “Nesse caso, o que se mantém como horizonte clínico, em vez da ligação entre representações, é a propagação do gérmen potencial, da força de singularização de cada fragmento ao ser reconhecido e acolhido pelo analista” (GONDAR; CANAVÊZ, 2018, p. 103).

Ao levar isso em consideração, a presença do psicanalista na instituição não visava a uma adequação à norma, nem a um apaziguamento do cidadão em relação à instituição. O psicanalista, na posição de ouvidor no hospital, denotaria uma prática institucional que ultrapassa a clínica *stricto sensu*, mas mantém a ética da psicanálise de trabalhar com o sujeito na sua singularidade. Laurent (2007, p. 216) afirma que é a particularidade da escuta do um a um que define o lugar do psicanalista, pois ele “[...] não se identifica com nenhum dos papéis propostos pelo seu interlocutor, nem qualquer mestria ou ideal existente na civilização”.

Explicitava-se a ideia de que o psicanalista, como tem sido discorrido ao longo desta pesquisa, aja como um agente de transformação, presente com o seu ato e sob seu desejo, se responsabilizando não apenas pelas exigências burocráticas típicas daquele cenário, mas com a promoção de um espaço de escuta que amplifica a voz daqueles que estão na cena hospitalar. Visava-se possíveis efeitos de responsabilização do sujeito para além do diagnóstico clínico que o levou ao hospital, com possíveis impactos na revisão de normas na instituição, e que o psicanalista, nesse cenário, não tenha a função de acalmar e, sim, de um despertar.

Assim, levou-se em conta que “[...] o psicanalista não se presta a transformar o seu trabalho num trabalho adaptativo, referenciado em padrões de patologia e normalidade que cada vez mais se distanciam da singularidade do desejo de cada um” (MORETTO, 2001, p. 53). Se isso acontecer, esperava-se o aparecimento de sujeitos como agenciadores de discursos. A ouvidoria tornaria, assim, não somente um lugar de fala, mas também de escuta, o que vai de

encontro ao objetivo principal de uma instituição hospitalar: um tratamento. Nesse caso, não um tratamento clínico, e sim, uma escuta na qual um sujeito encontrava um caminho possível ante uma demanda impossível: cessar o mal-estar.

3.3. A clínica viva do mal-estar na instituição hospitalar: uma metodologia psicanalítica em movimento

Foi urgente pensar em uma metodologia que fundamentasse e explicitasse uma ampliação da experiência psicanalítica fora dos consultórios particulares. O Analista de Gestão de Assistência à Saúde (AGAS) / Psicólogo clínico, na função de ouvidor hospitalar, é um servidor público que exerce suas atividades na dependência da ouvidoria localizada dentro de uma unidade de emergência em um hospital público oncológico estadual, o HAC.

A pesquisa psicanalítica em uma instituição com os seus princípios norteadores, punha em jogo a “construção de um campo de experiência no qual os fundamentos epistêmicos – e, por derivação, metodológicos – são os mesmos que sustentam a prática de uma ética, a ética da psicanálise” (POLI, 2005, p. 43). Birman (1994, p. 11) esclareceu:

A ética é uma dimensão essencial do campo psicanalítico, mas que perpassa ao mesmo tempo o conjunto de práticas sociais. A ética se impõe justamente porque existem sujeitos diferentes em pauta no campo social, com interesses diversos e conflitantes, que exigem uma modalidade de regulação de suas diferenças.

Ademais, em um cenário psicossocial, no contexto da instituição hospitalar, defendeu-se o uso da psicanálise, uma vez que a construção do sujeito se faz justamente pela entrada no social; havia uma indissociabilidade entre pesquisa e intervenção quando se tratava de psicanálise (BIRMAN, 1994). Ao levar isso em conta, acreditou-se ser possível desvendar as mudanças e os impasses da subjetivação na atualidade em sujeitos enredados nos fenômenos sociais e políticos; uma articulação entre sujeito e cultura presentificada no hospital.

Assim, complementando essa premissa, Birman (2018, p. 23) considera que “[...] a experiência analítica é a condição concreta da possibilidade para a construção teórica da metapsicologia, pois seria pela mediação da dita experiência que a pesquisa psicanalítica se configura nas suas operações teóricas fundamentais”. A psicanálise, sempre em movimento, inaugurou algo novo, ou seja, ela se manifestava pelo efeito da relação de linguagem entre esses sujeitos, utilizava como método de investigação a associação livre, no qual “[...] se justificam todos na concepção de inconsciente de seu inventor” (LACAN, 1957/1998, p. 517).

Nesse sentido, recordou-se os estudos sobre a histeria, em que Freud (1905/1996b) fundamentou o método da associação livre indicada por suas pacientes. Como um dos desdobramentos, ele se afastou de uma abordagem estritamente médica, via hipnose, e elegeu a associação livre como o método clínico de tratamento psicanalítico utilizado até hoje. Em seu artigo sobre os “Dois verbetes da enciclopédia”, ele esclareceu sobre o método:

A “Regra Técnica Fundamental” desse procedimento de “associação livre” foi desde então mantida no trabalho psicanalítico. O tratamento é iniciado pedindo-se ao paciente que se coloque na posição de um auto-observador atento e desapaixonado, simplesmente comunicando o tempo inteiro a superfície de sua consciência e, por outro lado, não retendo da comunicação nenhuma ideia, mesmo que (1) sinta ser ela muito desagradável, (2) julgue-a absurda ou (3) sem importância demais ou (4) irrelevante para o que está sendo buscado. Descobre-se uniformemente que justamente as ideias que provocam as reações por último mencionadas são as que têm valor específico para a descoberta do material esquecido. (FREUD, 1923[1922]/1996, p. 256)

Posto isso, foi importante refletir sobre como o psicanalista pode atualizar conceitos lançados por Freud, tão importantes e consistentes, em uma prática institucional psicossocial na contemporaneidade, com uma aposta de ampliar o seu campo de atuação. Foi importante revisá-los e atualizá-los em uma experiência viva, em movimento: o psicanalista na ouvidoria hospitalar pública, uma sustentação prática/teórica da psicanálise na instituição. Segundo Estevão (2018, p. 71):

A leitura de Freud demonstra, desde o princípio de seu trabalho, sua preocupação com a ideia de experiência, que tem um termo específico em Freud: *Erfahrung*. Freud em muitos momentos de seu trabalho recorre a ela como argumento para sustentar certas posições: a ideia é que somente a partir da experiência clínica é que se pode encontrar os fenômenos apresentados na metapsicologia e com isso sustentar a teoria.

Agora, este seria o desafio metodológico: transmitir para a comunidade científica uma experiência profissional inaugural no campo da psicanálise, uma vez que o presente estudo se desenrola no interior de uma crise sanitária mundial e em um contexto de dominação do modo produtivista de trabalho na esfera da saúde coletiva brasileira.

Sendo assim, ao acolher esse desafio, pretendeu-se dialogar com os possíveis elementos que atravessavam esse lugar, que poderiam de um lado produzir uma posição estéril, ou de outro encontrariam um possível no interior das impossibilidades. Isso não deixaria de ser uma aposta audaciosa e complexa, mas, sem dúvida, original e proveitosa, sem perder de vista o rigor na produção de conhecimento apresentado em psicanálise.

O método de investigação em psicanálise implica o avanço, constante, entre três campos articulados: a clínica (e cada vez menos sendo tomada somente como o exercício do consultório, mas de forma ampliada, ou seja uma clínica fora do consultório); a metapsicologia, no que tange aos impasses e as problemáticas teóricas ou mesmo como efeito do avanço da clínica; e, talvez o *lócus* de pesquisa mais fértil nesse momento, a possibilidade da psicanálise como extensão, no sentido de poder interrogar a psicanálise a partir das questões que surgem em outras áreas do saber. (ESTEVÃO, 2018, p. 78)

Portanto, este estudo se constituiu em uma tentativa de desvelar como a psicanálise se renova diante de uma emergência sanitária, em tempos de pandemia, e que causa uma questão ética ao ser inserida em uma instituição hospitalar, com consequentes impactos sobre o sujeito que vive na atualidade. Ou seja, o enquadre está em tempos pandêmicos, mas a psicanálise se renovaria a partir do espaço sustentado pelo desejo do analista, um novo *setting* se instauraria, na ouvidoria hospitalar. Uma aposta na transmissão de um saber particular do usuário do SUS poderia sinalizar uma articulação entre as normas e o cidadão, ocasionando inovações na saúde pública brasileira, bem como instaurando o protagonismo do sujeito no cenário hospitalar.

Sustentar a clínica na instituição nessa perspectiva ética – que não é a da moral assistencialista, que já sabe de antemão o que é melhor para o sujeito – deve ser pensada também como uma proposta política, em um processo que pretende reconstruir as formas de assistência pública a partir de outros paradigmas. (RINALDI, 2015, p. 318)

Neste sentido de outros paradigmas, seguindo na trilha de Rinaldi (2015), seria urgente pensar na presença de um analista útil, cidadão, que se interessava pelo enfrentamento do debate político. Político aqui no sentido da política da psicanálise: quando o sujeito foi convocado a assumir e escolher uma posição ética dentro da cultura, um psicanalista que não se limitaria à escuta, mas apostaria na transmissão de uma particularidade que está na cena institucional.

Resultam disso tudo duas constatações inequívocas: a) as instituições de saúde são um local privilegiado para o exercício da clínica psicanalítica, esta que privilegia o sujeito, mas a sustentação do discurso analítico nas instituições de saúde depende muito mais da formação de cada psicanalista do que da própria Psicanálise e b) a Universidade é o lugar onde a pesquisa psicanalítica se desenvolve, talvez como uma oportunidade de elaboração (como pode ser que seja todo trabalho em Psicanálise) de uma experiência singular por meio da escrita e da transmissão, mas que resulta sempre na produção de novos saberes e na ampliação do escopo teórico-clínico no qual se insere. (MORETTO, 2001, p. 124)

Esses esclarecimentos corroboram as considerações de Nogueira (2004) sobre a metodologia psicanalítica. Para ele, a metodologia científica em psicanálise confunde-se com a própria pesquisa. Assim, a psicanálise seria uma experiência original que poderia ser formalizada, com bastante segurança, como a novidade dessa ciência.

Ao refletir sobre o percurso da psicanálise desde Freud, percebeu-se que a sustentação de uma cientificidade psicanalítica foi construída a partir de uma experiência de atendimentos realizados por ele e publicados em sua obra, ocasionando em uma transmissão de sua pesquisa, ou seja, numa transmissão da psicanálise. Para Vorcaro (2010, p. 15),

A concepção do clínico sobre um tema de pesquisa reverbera sobre o método com o qual o caso foi abordado e tratado, produzindo interrogações não apenas relativas à capacidade operatória da psicanálise para o tema tratado, mas também sobre o sujeito a que tal clínica se dirige.

Posto isso, nesta pesquisa, elegeu-se como metodologia a clínica viva, “[...] uma clínica em movimento: uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens” (LOBOSQUE, 2003, p.21). O manejo da palavra se traduz em [...] uma escuta da linguagem em sua dimensão de criação, aberta para o novo e para a transformação” (RIBEIRO; KHAIR, 2013, p. 16). Essa escuta viva, em movimento não tem como objetivo, unicamente, em recuperar o existente, falar do mesmo, mas sim apostar na tentativa de criar possibilidades de simbolizações e novas expectativas de vida. Ou seja, uma “[...] produção de algo novo que não está em cada um dos elementos, mas sim nas possibilidades de articulação de novas pontes simbólicas e na sua combinatória, possibilidades estas que não se pode dizer que antecedem o fenômeno produzido” (BLEICHMAR, 2021, p. 75). Uma forma viva de praticar a psicanálise na instituição seria a criação de espaços de subjetivações. Nesse sentido, esclareceu Vettorazzo Filho (2013a, p. 254),

O *setting* psicanalítico tornou-se menos caricato, mais efetivo e menos arbitrário quando deixou de resumir-se à mera obediência a regras técnicas para ser concebido como questão metapsicológica. Ou seja, a partir do pensar psicanalítico, flexível, o *setting* é criado em função dos movimentos da transferência, naquele momento, daquela análise – em ressonância com uma escuta metapsicológica ampliada e continuada tal qual dever ser nosso processo de formação: contínuo e ampliado.

Nesse contexto, levando-se em conta que a prática psicanalítica em constante movimento com o seu operador, essa investigação surgiu do desejo do pesquisador, que percebeu a potência de um espaço de escuta no hospital, sobretudo, numa oportunidade de ação e prática psicanalítica frente às situações que de um lado poderiam passar despercebidas; mas por outro, ricas de significados e que se escutadas pelo ouve(dor) teria efeitos tanto no tratamento do sujeito, como na revisão de normas na instituição.

As cenas relatadas no presente estudo foram coletadas a partir de sujeitos que estiveram presentes na ouvidoria mais de uma vez. Essa situação do retorno do sujeito à ouvidoria constituía uma exceção institucional, uma vez que não era algo comum. Tal fato foi um ponto de orientação na pesquisa psicanalítica presentificada pelo retorno do usuário à ouvidoria hospitalar ao denotar uma exceção naquele cenário. Isso foi o motor de uma investigação científica a partir do momento que uma repetição poderia indicar marcas de subjetividades contemporâneas. No encontro do cidadão com o ouvidor praticante da psicanálise uma outra cena era revelada. Ela poderia se desdobrar no movimento de retorno desse sujeito até o espaço físico da ouvidoria hospitalar, mas, no entanto, agora com uma outra demanda como demonstrada no fragmento de atendimento (ver Cena 1) logo adiante. Acreditou-se que diante do encontro com um psicanalista na ouvidoria, isso poderia ter tido um efeito de sujeito. Ao retornar na ouvidoria o usuário na posição de cidadão, agora numa via subjetiva ao político, não mais para fazer uma queixa, mas, sim, para realizar uma outra demanda.

A pergunta que animou esta pesquisa foi a seguinte: por que esses sujeitos retornavam à ouvidoria e o que eles insistiam em dizer? Esse enigma era importante, na medida em que foi percebido pelo ouvidor que, naquele contexto, havia o retorno de alguns sujeitos não necessariamente para reclamar, condição mais esperada por este profissional. Era sabido que o ouvidor teria a função de receber elogios, críticas, sugestões, reclamações ou denúncias; mas, sendo este ouvidor um praticante da psicanálise algo de novo poderia surgir: um mais além do que apenas ouvir. Afinal, escutar e ouvir guardavam alguma similaridade. Todavia, sabia-se que o ouvir poderia ser pensado como um processo mecânico de articulação da sensação com a percepção; enquanto escutar refere-se a uma ação de colocar em jogo o desejo de estar atento, ainda que em uma atenção flutuante, como se ensinava na psicanálise.

Através de uma clínica viva, de uma metodologia psicanalítica em movimento por meio de vinhetas práticas, tornava-se possível analisar os efeitos dos atendimentos realizados pelo ouvidor com formação psicanalítica. Inaugurava-se uma oferta de um espaço de escuta vivo, pulsional e não adaptativo no setor de ouvidoria na instituição hospitalar pública em tempos de pandemia por COVID-19. Do mal-estar verbalizado pelo acolhimento do sujeito na ouvidoria hospitalar (cena institucional), para uma aposta da escuta do particular (subjetivação) que poderia anunciar a presença de uma outra cena, que levaria em conta o sujeito do inconsciente, do *um* na instituição, por suposto, seu modo de gozo. Daquela forma, pensaria a prática na instituição não apenas como uma escuta do psiquismo, mas uma “modalidade de ação”

(VETTORAZZO FILHO, 2013b, p. 78) manejada pela presença do desejo do analista com o seu ato: autorizar a inscrição do mal-estar na ouvidoria hospitalar.

Se busca sustentar as intervenções que são realizadas com base em pelo menos quatro princípios. Primeiro, a singularidade do caso: a decisão não é a mesma para um sujeito e para outro só porque eles são semelhantes; em cada caso, temos de pensar sobre qual posição tomar. Em segundo lugar, levar em conta os limites sociais da subjetividade, ou seja, não permitir que um sujeito prejudique a si mesmo ou aos outros. Em terceiro lugar, ser capaz de explicar nossa decisão em um contexto mais amplo [...], ser capaz de justificar nossa intervenção para os outros. E, por fim, ser capaz de contar com outras pessoas em um sentido amplo, desde a lei até a teoria, a supervisão e o trabalho em equipe. Em um determinado momento, o profissional dirá sim a uma decisão em sua intervenção, mas essa decisão terá sido elaborada dentro do contexto da instituição. (MOLLEDA, 2023, s/p, tradução nossa)

Assim, “[...] considerando o trabalho analítico como essa possibilidade viva de escuta e de interação com esse “ser” pulsional, por meio de uma “linguagem” cuja efetividade se encontra, justamente, apoiada na imbricação entre pensamento e pulsão” (VETTORAZZO FILHO, 2013c, p. 88). Presumia-se que isso gerasse questionamentos subjetivos e objetivos que poderiam ter efeitos tanto no tratamento médico de cada paciente, como também nas revisões das normas propostas pela gestão hospitalar a partir da manifestação formalizada na ouvidoria. Um desdobramento subjetivo e institucional que um posicionamento implicava. Ou seja, uma política de transformação, ao levar em conta as ressonâncias da escuta psicanalítica na ouvi(dor)i(a) hospitalar. Vislumbra-se também, com isso, uma interface entre psicanálise e política, na saúde coletiva, ao considerar a problemática entre o saber universal e a verdade do particular; na instituição hospitalar. O psicanalista, ao se fazer presente na ouvi(dor)i(a) – não como uma clínica propriamente dita, mas, como uma escuta psicanalítica, sob uma intervenção pontual, concreta e precisa naquele cenário –, empresta seu olhar, sua escuta e sua voz para inscrever a psicanálise no contexto institucional. E, no horizonte, não perderia de vista “[...] que a Psicanálise, seja na clínica, no ensino, na supervisão ou na pesquisa, não é o lugar da aplicação de um saber teórico, mas é o lugar de sua produção” (MORETTO, 2001, p. 132).

Para essa investigação, como já foi dito, foram consultados os registros dos atendimentos realizados na ouvidoria hospitalar do HAC, com sujeitos que retornaram ao setor, pelo menos por mais uma vez, a partir do início da pandemia por COVID-19, ou seja, 16 de março de 2020. Esses registros foram feitos pelo pesquisador durante o período em que realizou os atendimentos em um livro ata chamado diário de bordo, de uso privativo.

Para ilustrar a discussão, pretendeu-se, nesse momento, uma transmissão da experiência do psicanalista na ouvidoria hospitalar:

3.4. Cena 1:

L., 65 anos, buscou a ouvidoria em agosto de 2020. Disse que queria fazer uma reclamação, falava em tom alto e se apresentou dizendo: “sou uma paciente de câncer”. Imediatamente relatou sobre o seu mal-estar.

Nesse momento, o ouvidor escutou, se apresentou e a convidou para se sentar. Logo após, o ouvidor perguntou se a “paciente de câncer” tinha um nome. L. ficou surpresa e falou: “aqui as pessoas não perguntam o nome, aqui eles pedem é o número do prontuário”. O reconhecimento da singularidade produziu um giro no discurso de L., que deslocou a queixa/reclamação para o campo da sugestão/participação. L. falou sobre o diagnóstico e o tratamento do câncer. Segundo ela, desde 2019 vai ao hospital para consultas e cirurgias e, ultimamente, faz sessões de quimioterapia para tratar um câncer no intestino. Hoje está “estável” e metastático, “O câncer já está em outras partes do meu corpo, mas estou bem”. Pôde-se perceber que L não se serviu da nomenclatura médica de estar em um tratamento paliativo. Apesar disso, era independente para as suas atividades diárias.

L. solicitou uma solução para a sua reclamação. Segundo ela, “faço um tratamento contra um câncer de intestino, com uso de bolsa de colostomia desde fevereiro de 2019. O banheiro da quimioterapia não tem uma ducha próxima ao vaso sanitário. Gostaria que fosse instalada uma duchinha, pois a bolsa de colostomia enche e ela tem que ser esvaziada e higienizada. Para conseguir fazer isso, pego um copo descartável, coloco água e limpo a bolsa. Acho muito desconfortável fazer isso”.

Após o relato, L. pediu para o ouvidor não inserir no sistema sua declaração como reclamação, mas sim como sugestão. Depois do registro no sistema Ouvidor SUS, o ouvidor com uma escuta de inspiração psicanalítica perguntou a L. se ela já demandou a instalação para a coordenadora do setor e questionou como ela poderia contribuir para a melhoria do serviço. L. diz: “nunca pensei que poderia falar o que eu penso sobre o tratamento aqui no hospital, vou tentar conversar com a coordenadora”. O ouvidor respondeu: “isso, não custa tentar! E, em relação à manifestação da senhora, receberá a resposta formal no seu e-mail”.

Surpreendentemente, a coordenadora do setor de quimioterapia ligou para a ouvidoria hospitalar e disse: “recebi a paciente aqui na minha sala, conversamos, e realmente ela tem razão, para os pacientes que usam bolsa de colostomia, como ela, a ducha no banheiro é essencial, e não tínhamos atinado para isso”.

Dias depois, a ducha é instalada. L., ao retornar à unidade hospitalar para realizar mais uma quimioterapia, chega à ouvidoria e disse que estava “muito feliz”, pois, após conversar com a coordenadora, a ducha foi instalada, e que agora “não só eu posso usar, mas todos os pacientes que têm bolsa de colostomia também podem”.

Acreditou-se que a fala de L. sobre a felicidade se referiria à felicidade possível. Mas sabe-se que os sujeitos no mundo contemporâneo associam felicidade à satisfação. Segundo Nogueira e Barbosa (2011, p. 165), “[...] feliz é quem se satisfaz, ou melhor, quem tem à mão objetos capazes de ‘garantir’ a satisfação do cliente”. Todavia, a psicanálise ensina que, mesmo o sujeito gozando de e com objetos para sua satisfação, o mal-estar permaneceria. Seguiu-se com Nogueira e Barbosa (2011, p. 168), “[...] a psicanálise não prima pela técnica da felicidade. Sua ética implica o acolhimento da demanda do analisando, mas não uma resposta a essa, já que suas demandas são sempre de completude”.

Freud (1920/1996, p. 68), inspirado no mito dos andróginos descrito por Platão, trabalha o tema do desejo de completude e de satisfação plena de cada sujeito humano:

O que tenho no espírito é, naturalmente, a teoria que Platão colocou na boca de Aristófanes no Symposium e que trata não apenas da origem do instinto sexual, mas também da mais importante de suas variações em relação ao objeto. “A natureza humana original não era semelhante à atual, mas diferente. Em primeiro lugar, os sexos eram originalmente em número de três, e não dois, como são agora; havia o homem, a mulher, e a união dos dois [...]” tudo nesses homens primevos era duplo: tinham quatro mãos e quatro pés, dois rostos, duas partes pudendas, e assim por diante. Finalmente, Zeus decidiu cortá-los em dois, “como uma sorva que é dividida em duas metades para fazer conserva”. Depois de feita a divisão, “as duas partes do homem, cada uma desejando sua outra metade, reuniram-se e lançaram os braços uma em torno da outra, ansiosas por fundir-se”.

Assim, em sua clínica, Freud (1919[1918]/1996) observou essa demanda de satisfação plena e completude reivindicada pelo paciente e nos revelava que, em vez do analista propor uma satisfação total, ele próprio deve ser levado a uma abstinência, ou seja, o analista deve se abster de satisfazer diretamente aos seus investimentos pulsionais. “Na medida do possível”, diz Freud (1919[1918]/1996, p. 176), “o tratamento analítico deve ser efetuado sob privação – num estado de abstinência”. Freud (1915/1996, p. 168) nos lembra de que o analista deve sustentar a falta. Segundo o autor:

A terapia tem que ser conduzida em regime de abstinência. [...] O que eu quero é estabelecer o seguinte princípio: é preciso deixar que a necessidade e o anseio do paciente continuem a existir, como forças impulsionadoras do trabalho e da mudança.

A presença de uma insatisfação impõe ao sujeito um inevitável conflito: uma fonte pulsional indesejável (ameaçadora) e a obtenção direta de prazer (consequências de fantasias de satisfação). Sabe-se que o sofrimento psíquico seria algo esperado dentro de uma cultura e Freud já discorria sobre essa temática. Na instituição hospitalar não seria diferente. Naquele momento de seu percurso, Freud considerou que os investimentos civilizatórios para diminuir o caminho do sujeito em direção à sua felicidade estão condenados ao fracasso. E, por outro lado, geraria uma quota de mal-estar. Segundo ele, “[...] nossas possibilidades de felicidade sempre são restringidas por nossa própria constituição” (FREUD, 1930/1996, p. 84).

L. continua indo à ouvidoria até hoje, a cada vinte e um dias, desde 2020, não mais para sugerir ou reclamar de algo. Segundo ela: “falo diretamente no setor onde vejo que precisa de alguma melhoria e converso com a encarregada e isso tem resolvido as coisas. Não imediatamente, às vezes leva meses. Mas, tem tido mudanças”. L., assim, contava para esse Outro ouve(dor) sobre essas conversas que tem tido nos setores do hospital. L. também tem participado de “rodas de conversas” em um centro de saúde da sua cidade. Ao ser questionada o que seria esses encontros respondia que são pacientes em tratamento contra o câncer de intestino e que utilizam “uma bolsa para as necessidades fisiológicas igual à que eu uso” se referiu a bolsa de colostomia. L. tem falado de um outro “trabalho” que tem feito. Atualmente é uma “fiscalizadora dos gastos financeiros da igreja”. Segundo ela: “todo dinheiro doado para lá é utilizado para os necessitados da região”.

Frequentemente, as temáticas têm sido sobre seu tratamento oncológico e sua rotina de vida após a doença oncológica. Isso tem se tornado habitual antes de ser submetida a mais uma sessão de quimioterapia paliativa ou consulta médica. L. tem se posicionado não apenas como uma paciente oncológica, mas sim como um sujeito vivo e em movimento pela cidade diante dos caminhos que escolheu seguir.

Assim, o capítulo chega ao seu final sem esgotar a temática. Pensou-se psicanálise e ouvidoria hospitalar, considerações teóricas. Nele foi tentado contextualizar a participação social do usuário do SUS. Naquele contexto, foi pensado a ouvidoria no SUS, seu histórico, antecedentes e o psicanalista corporificado na instituição hospitalar. Assim, a ouvidoria também seria um espaço de escuta do sujeito. Esse sujeito como *Um* na instituição e não somente como um dado estatístico.

O capítulo três seguiu na trilha da pergunta de trabalho sobre quais seriam os efeitos na instituição e na subjetividade do usuário do SUS quando o ouvidor tem uma formação psicanalítica. Além disso, o capítulo apresenta uma reflexão sobre a realidade da pandemia por

COVID-19, um período marcado pela mudança no laço social, sobretudo frente ao medo da morte que se descortinou diante à realidade vivida.

4. A ATUALIDADE PANDÊMICA E AS BIOPOLÍTICAS: CORPOS CONTADOS

Este capítulo seguiu na trilha da pergunta de trabalho sobre quais seriam os efeitos na instituição e na subjetividade do usuário do SUS quando o ouvidor tem uma formação psicanalítica. Além disso, o capítulo discursou essa questão na realidade da pandemia por COVID-19, um período marcado pela mudança no laço social, sobretudo frente ao medo da morte que se descortinou diante à realidade vivida. Defendeu-se a ideia de que a COVID-19 não se restringiu ao ataque de organismos vivos, em uma vertente estritamente biológica. Outrossim, trouxe atravessamentos no laço social e seus desdobramentos na contemporaneidade (AGAMBEN, 2009). De um lado, o corpo biológico atacado por um novo vírus que ceifou e ainda ceifa muitas vidas por onde passa. Do outro, foi necessário pensar para um mais além do biológico, um corpo falante, mortificado pelo significante (LACAN, 1969-70/1992), que incide sobre cada sujeito na cultura (FREUD, 1930/1996), enredado no hospital. Levou-se em conta que o sujeito passaria a ser, na psicanálise freudo-lacaniana, um ser de linguagem que tem um corpo.

Nesse sentido, na instituição hospitalar, o paciente, acompanhante e/ou servidor público, testemunhados na ouvidoria, foram intimados a repensar e mudar, a seu modo, o laço com o outro. Uma realidade que até então era pensada por eles como um pouco distante, que não iria atravessar a portaria de um hospital público oncológico estadual, no entanto, como será visto, entrou e se fez presente.

A construção do capítulo foi subdividida em três subitens, acrescentados por uma vinheta prática. Neles, foi trabalhada a assunção do sujeito diante de uma urgência que o colocava fora do tempo do Outro, um tempo subjetivo, resultado da escuta, leitura e o posicionamento do ouve(dor) com formação psicanalítica diante de um outro que verbalizava seu mal-estar. Em um segundo momento, buscou-se pensar sobre os efeitos biopolíticos (FOUCAULT, 1978-79/2008) que se sucederam no laço social e a alta letalidade por COVID-19 publicizada e diariamente contada na mídia brasileira. Como essas mudanças foram percebidas no coletivo e quais foram seus impactos no hospital? Já se adianta, no HAC os profissionais de saúde foram surpreendentemente acometidos por um novo componente até então desconhecido em sua rotina laboral: um efeito de medo, agravado pela precariedade das condições de trabalho enfrentadas há décadas.

Por último, seguindo na trilha dos estudos foucaultianos, realizou-se uma reflexão sobre o contexto de isolamento social, diante do medo da morte, vivenciado por grande parte dos

cidadãos e profissionais de saúde. Pôde-se pensar se o uso de tecnologias no monitoramento/tratamento dos infectados por COVID-19 seria um novo panóptico biopolítico? Afinal, estes recursos teriam o objetivo de não somente vigiar e punir e, sim, seria uma ação para preservar vidas.

4.1. A instituição hospitalar e os protocolos de biossegurança versus os modos de subjetivação

Atualmente, o Alberto Cavalcanti é um hospital geral de porte médio, com cerca de noventa leitos de internação, com serviços de Mastologia, Cirurgia Geral e especialidades como Clínica Médica, Oncologia, serviço de urgência e ambulatorial. É essencialmente um hospital especializado no tratamento e controle do câncer. Portanto, a princípio, não seria uma unidade de referência ao tratamento de COVID-19, conforme preconizado pela rede FHEMIG, da qual faz parte.

No entanto, o paciente oncológico, até sua chegada ao HAC, não estaria fora do laço social. Em sua maioria, os pacientes chegavam através de transporte público e/ou carro/ônibus oferecidos pela prefeitura do município de origem, além de apresentarem outras fragilidades socioeconômicas. Assim, teoricamente ficariam mais propensos a adquirir a COVID-19. Afinal, para aquela população, manter o distanciamento social e ter acesso aos equipamentos de proteção individual não era uma tarefa fácil. Além disso, não era indicada pelos especialistas a interrupção do tratamento oncológico, mesmo diante de uma pandemia, o que comprometeria o prognóstico dos casos.

Já os profissionais de saúde, servidores públicos no HAC, em sua maioria, não verbalizavam preocupações sobre a COVID-19 devido ao perfil dos pacientes atendidos. Eram comuns as narrativas em que estariam em um lugar privilegiado, em comparação a outros hospitais. Mas, o número de servidores contaminados foi surgindo e aumentando. Com o passar das semanas, março e abril de 2020, chegaram à conclusão de que estavam equivocados e o risco era para todos, afinal, infelizmente já não era possível a existência de um lugar seguro, sem riscos de contaminação.

Segundo o Setor de Segurança do Trabalho do HAC, no primeiro ano de pandemia foram monitorados 498 servidores com sintomas gripais. Dentre eles, 151 servidores apresentaram teste COVID-19 positivo. Assim, seguindo as orientações das agências sanitárias, eram afastados e somente retornavam após a liberação via atestado/relatório do seu médico.

Em relação aos pacientes em tratamento oncológico, os casos também começaram a aparecer dentro da unidade. De acordo com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HAC, o primeiro caso ocorreu com um paciente internado no dia 13 de abril de 2020. E assim, casos suspeitos ou confirmados foram se multiplicando⁴. No segundo semestre de 2020, segundo as informações do Setor de Faturamento Hospitalar, 83 pacientes se infectaram por COVID-19. Com isso, o hospital, que até então não era uma unidade COVID, foi obrigado a transformar leitos de urgência e emergência em um Setor Covid (SECOVID), com seis leitos. Naquele momento, os pacientes suspeitos/diagnosticados permaneciam nesse setor até uma possível transferência para uma unidade de referência no município de Belo Horizonte. Contudo, com o avanço da pandemia, as vagas de transferência foram diminuindo com o passar dos meses e o hospital, por não se constituir em uma referência COVID, foi recebendo pacientes “não COVID” em sua enfermaria. O país se encontrava em meio a uma grave crise de leitos hospitalares disponíveis e a cidade de Belo Horizonte não se furtava a isso.

Assim, aquele setor, outrora criado como uma “retaguarda”, se tornou um setor de tratamento. Este setor funcionou dessa forma por um período de dois meses, quando, após a chegada de uma nova gestão no HAC, foi pactuada junto à prefeitura de Belo Horizonte, a impossibilidade da permanência do SECOVID, sobretudo devido à falta de profissionais especializados para atendimento aos pacientes. Com essa normativa, no entanto, os gestores decidiram manter o setor de emergência do hospital com quatro leitos de retaguardas. Esse fluxo operou até dezembro de 2021. Afinal, um paciente internado poderia necessitar ser isolado e transferido para uma unidade COVID da rede SUS. Atualmente, a unidade conta com apenas um leito de retaguarda, em local isolado para suspeita/diagnóstico de COVID com equipamentos semelhantes a um centro de terapia intensiva.

Esse fluxo causou grande insatisfação por parte dos servidores, por considerarem que estavam despreparados tecnicamente para trabalhar no SECOVID, uma vez que não eram intensivistas e havia muitos pacientes com uso de ventilação mecânica. Por outro lado, os familiares verbalizavam informalmente uma satisfação com a proposta da gestão do HAC, porque assim seu ente querido tinha menos risco de ser transferido para uma unidade de referência COVID. O impasse estava posto.

⁴ Segundo informações colhidas no setor de estatística do HAC. As informações institucionais acerca do quantitativo de pacientes e óbitos ocorridos por COVID-19 foram “perdidas” devido à falta de *backup* do banco de dados informatizado do hospital. Posteriormente foi tentado resgatar informações com o setor de Núcleo Interno de Regulação – NIR, onde também não conseguiram informar o quantitativo por falta de “controle dos casos”.

Naquela época, foram iniciados treinamentos com todos os servidores, a partir da cartilha de recomendações para uso adequado dos equipamentos de proteção individual (EPI), fato comum em toda unidade de saúde diante de um risco iminente e, durante os meses subsequentes ao aparecimento do primeiro caso, foram realizados treinamentos diversos conforme a nota técnica da ANVISA de 13 de maio de 2020, nº 8/2020. Ela visava a implantações de práticas de segurança do paciente em hospitais durante a pandemia por COVID-19. Interessante notar como uma prática segura preconizada pela ANVISA, além daquelas comuns em toda unidade de saúde, se baseava no desenvolvimento de estratégias de comunicação:

A equipe de segurança do paciente do hospital de campanha e das demais estruturas provisórias implantadas para o atendimento aos pacientes e enfrentamento da Pandemia da COVID – 19 no país deve implementar ações/estratégias que favoreçam a comunicação entre as equipes do serviço e entre as equipes e os pacientes. Nesse sentido, ações que garantam a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde, que estimule a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada e que promova um ambiente de assistência seguro devem ser propostas dentro do Plano Básico de Segurança do Paciente. (ANVISA, 2020, p. 12)

A comunicação, que no contexto da cartilha, tem um significado de padronizar procedimentos, ganhava um outro significado para o psicanalista que ouve(dor), a comunicação aqui inserida no contexto da linguagem e a importância de se comunicar. Foi interessante observar essa sutileza numa proposta que diz sobre “favorecer a comunicação”, afinal somos seres de linguagem e a unidade hospitalar também é um espaço psicossocial. Com as mudanças ocorridas após o aparecimento de casos de COVID-19, o clima institucional mudou de uma “certeza” de que havia uma segurança num baixo risco de infecção pelo vírus da COVID-19 para uma condição de incerteza, o que levaria ao medo da morte. Houve ainda a preocupação com a necessidade de incluir protocolos de biossegurança para todos: pacientes, familiares e servidores.

Os protocolos de biossegurança no HAC eram alterados constantemente, o que acabou gerando uma insegurança por parte dos servidores e familiares. Este fato não acontecia somente na instituição, mas em todo o mundo, à medida em que se conhecia um pouco mais sobre a pandemia e o vírus. No entanto, houveram mudanças institucionais que foram mantidas por meses, por exemplo, a proibição da entrada de familiares nas enfermarias, uma vez que a necessidade do isolamento social já era entendida desde o início. No CTI, a visita de um familiar por dia, por um período de 15 minutos, era autorizada porque, naquele momento, o médico intensivista fornecia o boletim clínico do dia.

Os pacientes infectados, quando possível, eram transferidos para uma unidade da rede SUS para tratamento de COVID e retornavam ao HAC para dar continuidade ao tratamento oncológico. Os casos diagnosticados na unidade, em sua maioria, não evoluíram para óbito. No entanto, houve dois óbitos na equipe de servidores no primeiro ano, na unidade: dois profissionais de enfermagem se infectaram com o vírus e não conseguiram vencê-lo.

Assim, naquele momento, agravado pelo falecimento de dois servidores, a gestão hospitalar decidiu que os profissionais assistenciais com doenças respiratórias crônicas, imunossuprimidos e/ou grávidas, como também aqueles dos setores administrativos que tinham a possibilidade de trabalhar *on-line*, seriam autorizados a realizar suas atividades no formato *home office*. Isso ocorreu durante o primeiro ano de COVID-19 até a vacinação da segunda dose, ou seja, fevereiro de 2021. Em relação aos familiares/acompanhantes, as visitas foram autorizadas na enfermaria, para apenas um familiar e acompanhantes, somente os casos previstos em lei. Isso continuou até dezembro de 2021, quando então as visitas e acompanhantes foram liberados. No entanto, o uso de máscara cirúrgica para todos era ainda obrigatório em todos os setores do hospital até 10 de março de 2023. Após esta data seu uso passava a ser recomendado. Apesar disso, para os atendimentos com pacientes com sintomas respiratórios e/ou procedimentos geradores de aerossol permanecia o uso obrigatório de máscaras.

Vale ressaltar, nesse momento, que apesar da ouvidoria fazer parte dos setores autorizados a trabalhar em *home office*, o ouvi(dor) optou por continuar o trabalho de forma presencial. Isso se deu por dois motivos: ético e financeiro. Sobre a questão ética, percebeu-se que mais de 90% dos atendimentos ocorriam de forma presencial, ou seja, existia uma preferência por parte do usuário, pelo presencial. O segundo motivo, o financeiro, tem relação com uma questão capitalista que impactava diretamente o profissional ouvidor. Caso o ouvidor optasse por trabalhar de forma *on-line*, via telefone ou sistema informatizado, haveria uma perda de 40% de sua renda mensal, relativa a acréscimos e gratificações que seriam pagas somente caso o servidor estivesse presencialmente. Mais uma vez, foi possível visualizar que, mesmo sendo uma unidade de saúde coletiva, questões neoliberais estavam presentes. Também o profissional ouvidor, com suas angústias e medos devido ao risco de contaminação pelo COVID-19, se viu na condição de que trabalhar de forma presencial, uma vez que não havia escolhas, tamanha seria a redução dos proventos.

Diante daquela realidade institucional o ouvidor decidiu não solicitar o *home office*⁵ à gestão hospitalar. No entanto, o medo da morte também estava presente. Qual foi a saída encontrada por ele? Na sala da ouvidoria, na porta de entrada do setor foi colocada uma faixa impedindo que qualquer pessoa entrasse. Desde pacientes, acompanhantes, servidores e pessoal da limpeza. Durante 18 meses, ninguém entrava na sala da ouvidoria. E os atendimentos eram feitos com uma distância em média de 1,5m entre o ouvidor e o usuário. Solução assertiva, tendo em vista que o ouvidor não se infectou durante esse período. E com isso seguiu, apesar do medo.

Naquele cenário, a ouvidoria hospitalar era acionada por familiares que expressavam o medo de transferir seu ente querido para uma unidade COVID. Consideravam que por se tratar de pacientes oncológicos, a possibilidade da morte era grande e, como complicador, seus familiares não tinham acesso à visita no hospital. Muitas vezes, o ouve(dor) realizava atendimentos de urgências subjetivas⁶, onde os familiares verbalizavam, de forma particular, seus medos diante de um real incompreensível. A aposta seria que a presença do psicanalista abriria a possibilidade da criação de um espaço no hospital de acolhimento a esse sujeito que está entre o coletivo e o particular naquele cenário. No entanto, a partir da ação e retroação, o singular se inscreveria no coletivo institucional, de forma diferente, conforme será visto na Cena 2. No capítulo anterior deste trabalho, foi apresentada a aposta do ouve(dor) orientado pela psicanálise: ao se servirem dessa via de “contramão” ofertada pelo desejo do analista em escutá-los, algo novo seria criado a partir desses sujeitos. Uma realidade singular no cenário institucional. Diante disso, o subjetivo em um mais além do particular, ou seja, a singularidade entraria em cena. Com isso, ao percorrer esse caminho, de ação e retroação, o sujeito poderia se servir da escuta de um ouve(dor) com formação psicanalítica, um Outro. Um ir e vir, no seu tempo e sem hora marcada, poderia ocorrer uma ação transformadora a ser revelada, veiculado pela palavra, nas vias da ouvidoria hospitalar.

Isso posto, a ouvidoria hospitalar era acionada ora por paciente, ora por familiares e ora por servidores. Todos queixavam sobre as novas normas que restringiram sua rotina, contato físico com o outro e a forma de trabalhar. Observou-se, como já foi dito, uma resistência dos familiares em aceitar as normas impostas pela instituição, sobretudo, a proibição de visitas. O ouvidor acolhia, explicava, e em alguns momentos, mesmo assim, os familiares solicitavam para que a reclamação fosse formalizada no sistema Ouvidor SUS do Ministério da Saúde,

⁵ Orientação fornecida pelas agências sanitárias, trabalhado no subitem a seguir, “A pandemia por COVID-19: o (des)velamento da fragilidade humana”.

⁶ Isso será demonstrado a seguir, na vinheta prática (Cena 2).

conforme explicitado no capítulo dois deste trabalho. Portanto, uma rotina típica de um ouvidor hospitalar.

Era comum a queixa de não receber a ligação da equipe de saúde sobre o estado clínico do paciente. Contudo, para além desta rotina administrativa, o ouve(dor) acolhia esses sujeitos e apostava, ao invés de permanecer somente com a queixa, no que cada um poderia tentar fazer diante daquela falha institucional. Com isso, a aposta seria de transformar uma ouvidoria hospitalar em um dispositivo para um mais além de reclamações. Conforme descrito no capítulo 1 desta pesquisa (Cf. p. 54), a aposta é sustentar, a partir da ética da psicanálise, a importância do espaço da ouvidoria hospitalar para além de um dispositivo de denúncia e queixa. Assim, a ação e o acontecimento da reclamação na ouvidoria podem se transformar, em um giro, em um ato em que o sujeito se apresenta com seu desejo, ao mesmo tempo em que se coloca na posição de cidadão.

Portanto, o ouve(dor) sustentava essa aposta no setor de ouvidoria hospitalar, pôde notar um aspecto interessante: a partir do momento em que eram escutados, observou-se um efeito de surpresa vivenciado por eles. Essa situação era comum. De alguma forma, não estavam acostumados a serem escutados, ou seja, um mais além de serem ouvidos. Foi notado pelo ouve(dor) uma maior responsabilização por parte dos reclamantes com relação à situação demandada e assim, talvez uma maior participação dos mesmos em relação à resolução do problema. Posteriormente, começaram a comparecer à portaria do hospital, com a ameaça de acionar a imprensa e a polícia. Algumas vezes, o HAC foi noticiado na tv/rádio e recebeu agentes de polícia. Ficava evidenciado o descuido com os familiares ao não ter acesso às informações clínicas diárias.

As respostas dos gestores da instituição sempre eram no intuito de explicar a necessidade do isolamento e permanência na interrupção das visitas naquele momento e que o boletim médico seria necessariamente transmitido por telefone. De um lado, respostas formais e protocolares e de outro, familiares angustiados para receber uma notícia. Talvez, diante de algo tão novo como uma pandemia para essa geração, os usuários questionavam sobre o tempo do isolamento, que deveria durar apenas 40 dias, uma vez que se falava de “quarentena”. Portanto, consideravam desnecessárias as diretrizes formalizadas pelo hospital.

Concomitante a isso, informações dadas por governantes, liderados pelo então presidente da república, contribuíram, pelo menos para os usuários do HAC, a não acreditarem na gravidade da COVID-19. Por exemplo, esse posicionamento (BBC, 2022):

No meu caso particular, pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar, nada sentiria ou seria, quando muito, acometido de uma gripezinha ou resfriadinho, como bem disse aquele conhecido médico, daquela conhecida televisão.

Isso denotava um discurso de banalização da morte e a valorização do trabalho. Foi possível decantar desta fala que o cidadão poderia continuar com a sua rotina de trabalho sem se preocupar com uma “gripezinha” ou “resfriadinho”. E o mais delicado, desautorizando um saber científico, exemplificado por um profissional de saúde, médico. Para Birman (2021, p. 127-128):

Além disso, o presidente Jair Bolsonaro não demonstrou qualquer *solidariedade* e mesmo *compaixão* diante dos mortos e das suas famílias, enquanto os números avassaladores da pandemia iam sendo publicados diariamente, durante meses, inicialmente pelo Ministério da Saúde e posteriormente pelo consócio estabelecido pelas mídias brasileiras. Usou expressões inadequadas e surpreendentes diante da morte, como “E daí?”, ou então, “Sou Messias, mas não faço milagres”, ou até mesmo “Não sou coveiro”, quando perguntado sobre as mortes por Covid-19”.

O então presidente do Brasil nunca recuou em sustentar e disseminar sua posição antivacina, soluções medicamentosas falsas e sobretudo uma posição contra a ciência. Nitidamente, observou-se um discurso de ódio camuflado por uma posição neoliberal, da servidão e do viril.

Posto isso, no hospital, o discurso sobre insatisfações diversas era o preponderante e o setor de ouvidoria não interrompeu o atendimento presencial. Era inadmissível para o ouve(dor), num momento de pandemia, privar o usuário de um espaço de fala e de escuta. Diante de todo esse cenário, haveria duas alternativas para este profissional: fazer o seu trabalho de forma mecanizada, baseado unicamente no que está previsto para uma ouvidoria hospitalar, ou trabalhar com uma escuta para além da queixa, apostando numa infiltração de uma escuta psicanalítica, diante ao desamparo e ao sofrimento, em meio ao caos instalado naquele período.

Optou-se pelo ouve(dor) com formação psicanalítica se oferecendo como presença, uma escuta no mais além, de um lugar outro, do um-a-um, daquele nomeado por um Outro; a instituição hospitalar. O analista se colocou no atendimento de uma urgência, na espera que o sujeito pudesse surgir e falar. Assim, o psicanalista neste encontro com o outro, se valendo dos estudos de Jacques Lacan sobre os discursos, sobretudo o do analista, se colocou na intenção de devolver ao sujeito a sua dignidade: o analista entre o intervalo do luto e a luta. Para avançar no posicionamento de um ouve(dor) no hospital, no contexto abordado até aqui, apresenta-se uma cena institucional vivenciada naquele período. Entre o grito e o choro, há um sujeito.

4.2. Cena 2:

Uma acompanhante de paciente entra no setor de ouvidoria chorosa, gritando e pedindo ajuda. Diz que sua irmã estava na unidade de internação do hospital devido a uma tentativa de suicídio. A paciente veio transferida de outro hospital, pois segundo relato da acompanhante, aquela instituição precisava liberar leito para paciente com COVID-19.

Tratava-se de uma paciente de 20 anos, sexo feminino, sem doenças prévias, em coma vígil, traqueostomizada, totalmente dependente para as suas atividades diárias. A acompanhante verbaliza para o ouvidor o ocorrido, segundo ela, na noite anterior. Informou que, na hora do banho, o técnico de enfermagem “pegou nos braços da minha irmã de um jeito muito ruim”. Questionada, a acompanhante disse: “ele pegou ela pelos braços e jogou ela na cabeceira da cama, tentando ajeitá-la no leito”. Ao presenciar o trabalho do técnico de enfermagem, a acompanhante esperou o dia amanhecer e buscou “ajuda” no setor de ouvidoria.

Ao chegar na ouvidoria ela disse “fiquei sem palavras, isso não é coisa que se faça com ninguém”. “Fiquei em choque”, “estou chorando desde então”. Foi acolhida pelo ouvidor e realizada a manifestação formal. A acompanhante demandava que fosse tomada “uma medida urgente”. “Se ele fez isso com a minha irmã na minha frente, imagina o atendimento dele com uma paciente sem acompanhante”. Seguindo o protocolo, a acompanhante foi acolhida pelo ouvidor, que realizou a manifestação formal. Este foi o primeiro contato.

Posteriormente, a instituição respondeu sobre o ocorrido: “fizemos o levantamento do caso e averiguamos com os envolvidos a situação. Não foram realizados movimentos exacerbados e nem desrespeitosos, porém, foi necessário um esforço físico por parte da enfermagem. Paciente é acamada e totalmente dependente. Ressalta-se a ilibada conduta do servidor até o momento, notificada pelas chefias, considerando nunca ter tido qualquer reclamação”.

Diante de situações como esta, é comum as manifestações serem respondidas de formas análogas ao que foi exposto acima. De alguma forma, parece que a diferença e o saber do acompanhante não são levados em consideração. E as respostas são construídas de acordo com as regras institucional e padronizada. Isso corrobora aos esclarecimentos de Molleda (2023, s/p, tradução nossa),

As respostas oferecidas pela instituição geralmente estão inscritas no discurso do mestre: no ideal de bem-estar igual para todos, em uma lógica mercantilista [...] onde é possível obter os bens para satisfazer as necessidades identificadas e na

racionalidade instrumental das ciências tecnológicas que colocam as situações em termos de causa-efeito, problema-solução e fins-meios.

Ela continua:

Dessa forma, a instituição nunca abandona o sonho de que o mal-estar possa ser definitivamente erradicado. Do ponto de vista psicanalítico, diríamos que os Serviços Sociais [serviços públicos], como instituição, são guiados pela ilusão de que o Real, o impossível que acompanha as situações que são atendidas ali pode ser completamente suturado. O trabalho, então, tende a se organizar em torno do desenvolvimento de um número infinito de estratégias que buscam esse fim. (MOLLEDA, 2023, s/p, tradução nossa)

No entanto, após esta manifestação, a paciente e seus familiares, ao que tudo indicava, tiveram um outro tipo de atendimento hospitalar. Foram feitas mais três novas manifestações, mas agora de elogios sobre os profissionais da assistência (médica, fisioterapeuta e psicóloga), realizadas via site institucional do Ministério da Saúde pela acompanhante autora da reclamação e encaminhada via sistema informatizado para a ouvidoria do HAC.

Colocou-se a pergunta: por que, na hora de queixar, ela procurou a ouvidoria, mas na hora de elogiar, ela opta pelo site do Ministério da Saúde? A mudança de posição do sujeito se refere à escuta do ouve(dor)? Ou se relacionam com as dificuldades dos usuários de sustentar a crítica por medo de represália? Acredita-se na potência da escuta, mas uma única intervenção possibilita o esvaziamento do mal-estar?

Parece difícil responder essas indagações. Contudo, o medo de sofrer represálias ao sustentar uma crítica do atendimento prestado era recorrente. Mais um desafio para o ouvidor: sustentar o desejo de escutar e testemunhar mudanças objetivas e subjetivas na instituição hospitalar. No entanto, esclareceu Moretto (2001, p. 129):

Cuidemos da nossa posição para não fazermos dela um meio para defender os injustiçados, uma forma de assistência social ingênua, em que o desejo do sujeito é tomado sem ser interpretado. É preciso que não nos deixemos ser levados por um discurso humanista que impede, muitas vezes, a emergência da verdade do sujeito, em busca de um bem-estar que está muito mais na ordem da ilusão do que da verdade de cada um.

Ao levar isso em conta, a acompanhante da paciente retornou à ouvidoria algumas vezes, sempre que estava saindo do hospital para ir à sua casa. No entanto, não demandava mais uma solução de problemas e sim para falar com esse outro, que escutava, sua experiência no hospital: um ouve(dor). A acompanhante relatava sobre a mudança na forma de atendimento à irmã: “os enfermeiros vão lá no quarto, cuidam muito bem da minha irmã. Dão banho nela sempre em companhia com outro enfermeiro, trocam ela e a roupa de cama todos os dias. As coisas estão indo conforme Deus quer”. Naquele momento o ouvi(dor) questionou: “como assim”? Ela

respondeu: “Não sei por que minha irmã decidiu acabar com a própria vida, nunca vou saber de verdade o motivo. A vida dela era boa, agora só me resta cuidar dela e pedir para Deus seguir sua vontade. Porque sou muito cristã e tenho pedido a Deus para aliviar nossa dor. É muito triste ver ela assim. Mas não tem jeito dela melhorar. Estamos fazendo o que dá [se referindo ao tratamento médico, a internação hospitalar e ao acompanhamento interdisciplinar familiar]”. Nitidamente, se apresentava resiliente e agradecida ao tratamento.

Em outro momento verbalizou, “minha irmã agora está tendo o tratamento que merece, infelizmente não podemos retornar com ela para nossa casa, estamos esperando uma vaga para uma enfermaria de longa duração”. O ouve(dor) questionou sobre o que ela pensava da proposta da equipe. Acompanhante respondeu: “minha irmã tinha uma vida toda pela frente, e por causa do amor, tentou se matar. E conseguiu, porque quando eu olho e cuido dela com todo o carinho, ela não está mais ali. É muito triste, ela está mais não está lá, ela parece um boneco grande. Mas, ainda a amamos de qualquer forma e queremos ela viva. Vou com o meu amor por ela até o final”. O ouve(dor) questiona: “final?” “Sim, até realmente ela conseguir morrer, do jeito que ela *tá*, vai morrer de infecção hospitalar. Mas no fundo, eu acho que é isso que ela sempre quis. O mais triste de tudo é o namorado, aliás o ex-namorado que não vem visitá-la”. Dias depois, a paciente é transferida de hospital.

Percebeu-se que, após o início da pandemia por Covid-19 na cidade de Belo Horizonte, todas as manifestações realizadas no setor de ouvidoria da unidade em questão foram com a temática de mal-estar vivido por pacientes e/ou acompanhantes, produzido por servidores durante o período da internação. Houve relatos de negligência, imperícia e violência com efeitos de agressividade sofrida pelos pacientes e seus acompanhantes. Todos relataram o medo de manifestar sobre os momentos de mal-estar vivenciados na instituição, pois consideraram o risco de passar por represálias pelos servidores da assistência, especialmente pelos técnicos de enfermagem, profissionais de saúde que estão mais próximos dos pacientes no momento da internação. Vale lembrar que estes são também, segundo Nicolav (2020), os profissionais que possuem o maior índice de mortalidade no enfrentamento do coronavírus no Brasil. Eles são os mais próximos dos pacientes e do vírus.

Qual seria a posição ética do ouvidor nestes casos? De um lado, a sensação de impotência devido a recusa dos usuários em realizar a manifestação formal com medo de represálias. E de outro, a impossibilidade de acionar os setores envolvidos devido à falta de manifestação formal. Com o passar do tempo, foi percebido que diante da impossibilidade formal de notificar os setores, e o medo de represálias como discurso mais prevalente, a

ouvidoria poderia a partir do desejo do psicanalista apostar na mudança por meio da construção de um espaço de escuta, e que no mínimo poderia ter um efeito de desburocratização do serviço hospitalar com um tratamento digno. De alguma forma pôde-se pensar a ouvidoria, a partir do desejo do analista colocado em ato, como um espaço de atendimento de urgências subjetivas, como foi dito, articulando uma pressa exigida na cena ao tempo do sujeito que deverá advir, ao sustentar que, segundo Moura (2000, p. 7-8):

As situações de perda, seja de pessoas queridas (morte), da condição de “sadio” (doença), da condição de inteiro (cirurgia)..., se caracterizam na urgência por rupturas e descontinuidades que levam a pessoa a se perguntar: Quem sou eu agora? e ao mesmo tempo a se deparar com a quebra de certezas e ilusões que a sustentavam: Por quê? Na nossa prática sabemos com que frequência a perplexidade nestas situações vem acompanhada da pergunta: Por que comigo? pergunta que revela a ilusão do “ao menos um” que não sofreria como o resto dos mortais. Estas situações com as quais se depara um psicanalista no hospital o confrontam com uma práxis atípica, a da urgência, quando o sujeito vai estar assujeitado às situações inesperadas e deste lugar pode fazer um chamado ao analista.

Seguindo na trilha de Moura (2000), o usuário, ao buscar uma ouvidoria hospitalar, não esperaria que ali houvesse um analista. No entanto, há pelo menos *UM*. Na ouvidoria, o servidor público não está na posição de um psicanalista, contudo, pode haver uma suposição de saber. Esse Outro que vai resolver um problema imediatamente. Se na transferência há cuidado com esse outro, então poderia se pensar que o escutar seria uma forma de cuidado, portanto, um manejo transferencial. Cuidar da transferência neste cenário seria escutar esse outro que chegava na ouvidoria sem hora marcada, mas chegava e falava sobre seu mal-estar. Esse Outro, o ouve(dor) com formação psicanalítica, a partir de sua posição, escutava e lia esse sujeito na ouvidoria hospitalar. Um ouve(dor) presente, com o seu desejo em apostar que naquele encontro contingencial, uma nova cena poderia ocorrer, como já discutido no capítulo dois. E com ela, algo particular, mesmo se tratando de um setor institucionalmente endereçado às queixas, este se deslocaria para uma escuta do particular, uma extração de gozo. Assim, a subjetividade entraria em cena. Foi possível perceber que o desejo do analista não abarcaria uma neutralidade e, sim, um posicionamento na instituição hospitalar pública. Podendo, de alguma forma, sustentar a psicanálise naquele contexto.

A aposta do ouve(dor) se localizaria no acolhimento da queixa, num primeiro momento, para que, a posteriori, como um dos efeitos esperados, o sujeito se deslocaria para além da queixa e se colocaria ao trabalho. Assim, poderia surgir algo semelhante a uma demanda, se colocando como sujeito de desejo, como na situação demonstrada há pouco, na Cena 2, onde

foi apresentado um cenário de desamparo na qual o sujeito se encontrava em uma situação de ruptura, perda e luto.

Assim, pôde-se perceber na cena descrita que existiu de um lado o sujeito desamparado e, do outro, um ouvitor com o desejo de operar também pelo discurso psicanalítico. Constatou-se a incorporação de um ouve(dor) que minimamente força a mutação do setor para um espaço de transformação psicossocial, um dispositivo potente com efeitos tanto no campo privado quanto na instituição hospitalar pública, ou seja, no campo universal. Posto isso, conforme já afirmado anteriormente (Cf. p. 57), é importante refletir sobre como o psicanalista pode atualizar conceitos lançados por Freud, tão importantes e consistentes, em uma prática institucional psicossocial na contemporaneidade, ampliando o seu campo de atuação. É importante revisá-los e atualizá-los em uma experiência viva, em movimento: o psicanalista na ouvidoria hospitalar pública, uma sustentação prática/teórica da psicanálise na instituição.

Naquele contexto, o ato do analista seria permitir “[...] que o sujeito recupere sua dignidade; capaz de ouvir a cadeia significante onde naquele momento o sujeito se articula; capaz de ouvir onde o sujeito se articula no nomeável e no inominável”. Ela continua: “[...] leva o psicanalista a escutá-lo, independentemente da roupagem apresentada, com a segurança de que o silêncio, o grito ou o choro escondem o sujeito” (MOURA, 2000, p. 11).

Assim, saindo do tempo do Outro [instituição], no usuário do SUS há um sujeito de desejo, e ele, ao se servir daquele encontro com o ouve(dor), contingencial e êxtimo, instaura-se um outro tempo: o lógico. Isso vai contrariar a teoria do tempo absoluto versada no âmbito da ciência positivista, como trabalhado no capítulo um dessa pesquisa. O que vai interessar seria o uso que o sujeito faz do tempo. Um tempo subjetivo com a sua própria lógica, na contemporaneidade, ou seja, “[...] todos os tempos são, para quem deles experimenta, contemporaneidade” (AGAMBEN, 2009, p. 62).

Lacan (1945/1998), em seu texto sobre *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada*, apresentou os três momentos da modulação do tempo: o instante de olhar, o tempo para compreender e o momento de concluir. Vive-se em uma época em que há uma tentativa de forclusão do momento de compreender e concluir. Atualmente há um imperativo do instante de olhar. Por outro lado, na contramão dos dias atuais, na clínica psicanalítica, para o momento de concluir há uma aposta na precipitação de uma verdade, mesmo que não seja toda pelo sujeito.

Lacan, especialmente nos textos sobre “a função e o campo da fala e da linguagem em psicanálise” (1953/1998), no Seminário 11(1964/2008) e, finalmente, no Seminário 20 (1972-

73/2008), discorreu também sobre a problemática do tempo. Para ele, era nítido pensar sobre a importância de diferenciar o tempo cronológico do tempo lógico como uma aposta que revelaria os mecanismos da subjetividade.

Considerou-se, segundo Couto (2007, p. 95) que uma das funções do psicanalista na instituição hospitalar “[...] é a de escuta e intervenção, mas, mais do que uma intervenção, uma nova invenção para a reparação das rupturas nos laços sociais decorrentes do encontro com o real”. Assim, ao se trabalhar com uma orientação psicanalítica na instituição hospitalar, a aposta era que o sujeito deslize pelos significantes, desfazendo identificações vindas do campo do Outro, produzindo novas saídas.

No hospital, privilegia-se o tempo de compreender, pois como se sabe, naquele espaço não se objetiva a realização de um trabalho analítico e sim um trabalho que visaria “[...] possibilitar o caminho da destituição à ré-instituição da pessoa [usuário do SUS] na posição de sujeito” (MOURA, 2000, p. 12), como foi visto, há pouco, na vinheta prática apresentada.

Contudo, nem sempre isso foi possível. Na maioria das vezes, o sujeito quer apenas reclamar e não se colocar na cena verbalizada, como já indicado em um dos depoimentos transcritos (Cf. p. 56): *“pago meus impostos e exijo uma solução agora”*; como também, *“estou aqui só para você ficar sabendo o que está acontecendo, sei que não vai adiantar nada, mas quem sabe, né?! Você resolva para mim”*. *“Por favor, não quero falar sobre minha internação. Quero que você registre minha reclamação no sistema e exija um número de protocolo. Isso é para ter certeza que você fez o seu trabalho direito”*. Mas, de forma contingencial, como visto nas vinhetas práticas apresentadas até agora, o encontro com um ouve(dor) pôde abrir espaço para uma escuta à palavra e a sua relação com a verdade, mesmo que não toda, respeitando-se a singularidade, ou seja, os modos de subjetivação na instituição hospitalar.

Percebeu-se na Cena 2 apresentada que o que poderia ter acontecido em qualquer período fora da pandemia, ganha um caráter mais exacerbado por causa do contexto, uma urgência. Um mal-estar generalizado estava instalado e envolvia uma acompanhante certamente angustiada pela condição clínica da irmã, um técnico possivelmente apavorado pelas condições de trabalho, num processo de adaptabilidade a um período pandêmico e um ouvidor trabalhando também em condições atípicas, mas que além de ouvir, desejava escutar, portanto, uma posição que transcendia a rotina de uma ouvidoria. Um psicólogo com formação psicanalítica convocado a ocupar um lugar de ouvidor em tempos pandêmicos, por isso foi importante inserir essa temática no trabalho. Uma provocação, uma possibilidade de invenção do uso também do discurso analítico na ouvi(dor)i(a). Naquele contexto de desamparo e sofrimento generalizados,

houve um (des)velamento da fragilidade humana. Diante disso, como as mudanças foram percebidas no laço social e quais foram seus impactos no hospital?

4.3. A pandemia por COVID-19: O (des)velamento da fragilidade humana

No início da realidade pandêmica não havia vacinas, não eram sabidos a etiologia e o tratamento para uma doença que ceifava tantas vidas.

Da Itália recebemos imagens estranhamente familiares, tão inesperadas quanto reveladoras, após vários dias de confinamento da população durante a epidemia do coronavírus. Em Cagliari, os golfinhos chegam ao porto à beira do cais. Em Veneza os canais já não são a habitual lixeira turística, as águas transparentes mostram o seu fundo e dão lugar a cisnes, peixes e aves diversas. A natureza impõe assim a sua lei quando o ser falante deve recuar – um pouco, só um pouco – diante da epidemia das suas próprias formas de prazer que chamamos de civilização. A natureza é epidêmica por natureza, se assim posso dizer, seja com cisnes em Veneza ou com vírus globais atravessando países e fronteiras. (BASSOLS, 2020, s/p, tradução nossa)

Pensar a natureza como uma epidemia, seguindo na trilha de Bassols (2020), lido como algo transitório e simultaneamente que afetaria muitos cidadãos em uma determinada região geográfica seria interessante; mas por que isso interessaria na construção dessa pesquisa? Refletir sobre a epidemia seria uma constatação de um impasse atual, que atravessou os limites da cidade com o hospital. Perguntou-se: a natureza estaria fora do mundo dos humanos? Seria possível separar natureza e cultura? A pandemia é uma catástrofe da natureza ou uma catástrofe da cultura?

Isso posto, hoje, no contemporâneo, o mundo é partilhado e, com isso, todos que ali estão de alguma forma seriam afetados e atravessados pelo ambiente constituído por humanos e não humanos; a natureza por exemplo. No período pandêmico foi quase impossível não se sensibilizar por aquela experiência coletiva. Naquela época, a principal orientação dada por agências internacionais de saúde era o isolamento social. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2020, p. 4), a pandemia foi causada por um tipo de vírus que provocava infecções respiratórias nos humanos:

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), que ocorreu na China, em 2003, com letalidade de aproximadamente 10% e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) que emergiu na Arábia Saudita em 2012 e apresentou letalidade de cerca de 30%”. No final de 2019, foram inicialmente registrados os primeiros casos da doença em Wuhan, China, uma das mais populosas cidades da China Central, com cerca de 11 milhões de habitantes. Posteriormente, a doença foi denominada “COVID-19”, pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A COVID-19, desde o seu início, colocou a população diante de grandes incertezas. Curiosamente, a pandemia entrelaçou as três fontes de sofrimento humano: o poder superior da natureza, a fragilidade dos nossos próprios corpos e a inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade (FREUD, 1930/1996, p. 93). Vivenciou-se um esgotamento físico, mental e uma mudança no laço social jamais experimentada por essa geração de forma coletiva.

Segundo Tudanca (2021), não se pode esquecer que a natureza tem suas regras e leis com sua lógica. Não seria possível, portanto, pensar em uma desordem natural, tendo em vista que ela é “inescrutável” (s/p) ou seja, ela seria incompreensível. Diante disso, seria possível aproximar a natureza da noção de real proposta nos estudos de Jacques Lacan? Sobretudo no seu último ensino quando considerou o real sem lei. Para seguir nos seus estudos seria importante relembrar a noção de real. Na obra lacaniana, Chaves (2009, p. 42-43) esclareceu que o real

[...] já tem importância nesse início do pensamento de Lacan, ainda que, como se verificará, atrelado ao Imaginário. É a tríade que se começa a formar. Nesse texto de 1936, “Para além do princípio de realidade” e em outros desse período só se atinge o Real pelo Imaginário. Mais à frente, em meados dos anos de 1950, só se vai ao real pelo simbólico. A partir dos anos de 1960 e, mais especificamente, 1964, o Real será definido como o que escapa ao Simbólico, o real como trauma. Entretanto, já no Seminário, livro 7, dedicado à ética, de 1959/1960, a ética da psicanálise será centrada não no ideal, mas no real da experiência psicanalítica. Há uma valoração do real, embora em cada momento da obra de Lacan este conceito vá se evidenciando de acordo com os dois outros registros, o Imaginário e o Simbólico, até se entrelaçarem de uma vez por todas, no final de seu pensamento, no nó-borromeano.

Assim, após esses esclarecimentos sobre a importância do real nos estudos lacanianos, pôde-se vislumbrá-lo como algo do registro do inacessível. Interessante pensar sobre dois significantes que nos assolou nos últimos anos: pandemia e coronavírus. A princípio parecem sinônimos, no entanto, como vai se ver, não seriam. Também apareceram uma multiplicidade de significantes que a pandemia inaugurou veiculados por diferentes campos do saber sobretudo o campo da medicina. Afinal, o mundo estava ávido por uma resolução sanitária, todos esperavam a liberação de uma vacina que minimizaria o risco de morte.

No campo psicanalítico pode-se pensar que, diante da pluralização de significantes o sujeito no contemporâneo apostava, cada um a seu modo, encobrir/circunscrever o real sem lei. “Em todas as épocas, sempre que tentamos explicar um acontecimento social através de uma proliferação de sentidos, devemos suspeitar que o pano de fundo a partir do qual essa resposta é organizada é um verdadeiro buraco” (Tudanca, 2021, s/p, tradução nossa). Ou seja, em vão,

pois não havia uma resposta ante ao mal-estar em tempos pandêmicos. Uma angústia no tempo do Outro que não existe e uma agitação na civilização. Assim, esclareceu Miller sobre de que real se trata no século XXI:

No passado, o que era real chamava-se natureza. Natureza era o nome do real quando não havia desordem no real. Quando natureza era o nome do real, poderíamos dizer, como fez Lacan, que o real sempre retorna ao mesmo lugar. Somente naquela época em que o real se disfarçava de natureza, o real parecia a manifestação mais evidente e mais elevada do próprio conceito de ordem. Pode-se dizer que, naquela época, o real enquanto natureza tinha a função do Outro do Outro, ou seja, era a própria garantia da ordem simbólica. (MILLER, 2012, s/p, tradução nossa)

Os especialistas com o aparecimento de uma nova geração do coronavírus chamado de COVID-19, parecia que não se pensava em um possível efeito pandêmico. Diante dos nossos olhos, foi visto a pandemia desabrochar e isso impôs a todos na cultura uma nova realidade até então não vivenciada por uma maioria da população mundial, foi uma amarga surpresa. A transformação do mundo de forma abrupta intimou o cidadão a rever suas concepções de vida, a reinventar sua forma de trabalhar e ao mesmo tempo se proteger de uma realidade avassaladora, “[...] refletindo em uma crise gerada pelas incertezas, dúvidas, inseguranças e pelo desamparo diante do adoecimento e da morte, atualizados pelo cenário traumático e perturbador” (SILVA; MOREIRA, 2021, p. 9).

E a população, diante dessa triste realidade, foi intimada a rever seu laço social, com impactos tanto nas esferas pública e privada. Segundo Bassols (2020, /p, tradução nossa): “Diante da natureza desordenada, diante da realidade que não volta mais ao mesmo lugar, o sujeito fica angustiado. O cientificismo promete superar a ansiedade com um saber, um saber que estaria inscrito na realidade desde o início. Em vão”. Isso trouxe desdobramentos no modo de vida capitalista até então não vivenciados pela cultura de uma época. Segundo Harvey (2020, p. 19-20):

O turismo internacional era emblemático. As visitas internacionais aumentaram de 800 milhões para 1,4 bilhões entre 2010 e 2018. Esta forma de consumismo instantâneo exigiu investimentos maciços em infraestruturas de aeroportos e companhias aéreas, hotéis e restaurantes, parques temáticos e eventos culturais etc. Este local de acumulação de capital está morto: as companhias aéreas estão perto da falência, os hotéis estão vazios e o desemprego em massa no setor hoteleiro é iminente. Comer fora não é uma boa ideia e os restaurantes e bares fecharam em muitos lugares. Até mesmo entregas a domicílio parece arriscado. O vasto exército de trabalhadores uberizados ou em outras formas de trabalho precário está sendo dispensado sem nenhum meio visível de apoio. Eventos como festivais culturais, torneios de futebol e basquete, concertos, convenções empresariais e profissionais, e até reuniões políticas em torno de eleições foram cancelados. Estas formas de

“consumismo experiencial baseado em eventos” foram extintas. A renda dos governos locais foi devastada. Universidades e escolas estão fechando.

Assim, para assegurar o isolamento social, houve o fechamento de instituições consideradas não essenciais. Já aquelas consideradas pelo governo como essenciais funcionavam com critérios de biossegurança: supermercados, instituições de segurança e saúde. Do dia para a noite, máscaras passaram a ser de uso obrigatório, assim como havia a preocupação no uso de álcool em gel para desinfecção, uso de aventais e luvas. E houve a recomendação das agências sanitárias para que a população higienizasse seus corpos, objetos e alimentos sempre que adentrassem aos seus lares após transitarem nos ambientes externos. Portanto, a vestimenta e os cuidados até então presentes apenas em unidades de saúde, ganhavam o mundo.

Naquele momento, implementou-se o sistema de trabalho *home office*, uma tentativa para a população ter acesso aos serviços não essenciais, na modalidade *on-line*, mais uma reviravolta na rotina, visando o distanciamento social e controle da propagação do vírus. Mais uma vez, ficava a pergunta: como a população de baixa renda teria acesso a esse tipo de cuidado? Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de acordo com as informações da Agência Brasil (2020), um canal de comunicação do governo federal, um a cada quatro brasileiros não tem acesso à internet, totalizando quase 46 milhões de pessoas.

Portanto, tal “solução” não seria para todos os brasileiros. Repartições públicas, escolas, universidades, estabelecimentos comerciais, dentre tantas outras formas de atendimento à população tiveram que se reinventar, caso contrário, estariam fadadas ao fechamento, por conseguinte, à falência. Contudo, mesmo com todas as adaptações à realidade pandêmica, milhões de brasileiros fecharam suas portas ou perderam seus empregos, aumentando a lista de desempregados.

Somado ao caos instalado no contexto hospitalar, acrescentou-se uma busca desenfreada na procura por equipamento de proteção individual, não só nas unidades de saúde, como também para além da cena hospitalar. A população em geral, apavorada e insegura, começou um processo de compra e estocagem de produtos visando garantir sua própria proteção. Mais uma vez, a crise sanitária escancarou as mazelas da população brasileira. Como a população de baixa renda teria acesso a esses equipamentos essenciais de proteção? Além disso, vivenciou-se uma escassez na oferta de produtos e, conseqüentemente, um aumento dos preços. Afinal, o mercado, no início da pandemia, não conseguiu atender a demanda da população por produtos de proteção individual. Ficou claro, conseqüentemente, a problemática envolvendo não

somente a saúde coletiva, como também os problemas sociais/financeiros de grande parte da população brasileira. No coletivo, foi iniciado um tensionamento social entre aqueles que eram favoráveis e aqueles que eram contra o isolamento social.

Os meses se passaram, os anos também e, até hoje, isso ainda continua sendo tema de debate público. Atualmente, muitas empresas perceberam ser uma conduta interessante manter o *home office*. Muitos trabalhadores ainda estão nessa condição ou de forma híbrida: se deslocam até seu local de trabalho em alguns dias da semana e em outros permanecem em suas casas de forma remota, ou seja, *on-line*.

É interessante refletir sobre os valores e condutas discutidas nos diferentes períodos da pandemia. Será que o isolamento foi apenas do vírus? Para Tudanca (2021) seria mais que isso, isolamos dos laços sociais do corpo, de um corpo “fora da natureza”, de um corpo falante. “Esse é o corpo falante, um “fora da natureza” que imagina que o universo é apenas a imagem do seu corpo inflado, que tem um imaginário feito de imagem corporal” (TUDANCA, 2021, s/p, tradução nossa). E continua:

O mundo da pandemia não é mundo. Podemos chamar isso de agitação no submundo, outra forma de falar sobre agitação na civilização. Se a nossa imagem corporal se desintegra, se algo abala a imaginação corporal, o próprio corpo aparece como algo não mundano. Se há algo de fora, de externo - como neste caso a pandemia - que nos assusta, é porque esse fora faria emergir o corpo, que não é apenas uma imagem, o corpo-carne, o corpo real. (TUDANCA, 2021, s/p, tradução nossa)

No início, foi preconizado o isolamento social, e assim, falava-se sobre a sociedade repensar a forma de vida até então experimentada e a valorização dos afetos. Havia um vislumbre de que algo pudesse mudar, uma mudança para melhor no tocante ao assédio capitalista que se vivia até então, sobre a empatia e a valorização dos laços sociais. Era comum, nas grandes cidades, músicos se apresentarem de suas sacadas e aplaudidos pelos vizinhos, que isoladamente, se sentiam unidos e emocionados naqueles momentos que trazia um pouco de coletividade à solidão até então instaurada. Logo depois, com a melhora das estatísticas, trazida pela vacinação e pela maior capacidade e entendimento da população para enfrentar a pandemia, voltou o frenesi da produtividade: reabertura do comércio, escolas e atendimentos de forma presencial, veementemente defendidos por uma parte da população, sobretudo, aquelas instituições com capital privado. Segundo Tudanca (2021, s/p, tradução nossa):

Hoje estamos lidando com as consequências da pandemia, o que fazer com ela, uma por uma. Isto leva-nos às diferentes respostas dos sujeitos ao vírus, à forma de viver de cada um na sua casa, à forma como tratamos os corpos e aos seus gozos, à forma como o isolamento é tolerado ou não. São verificadas respostas muito diferentes e singulares.

Nesta medida, o novo coronavírus não se restringiu ao ataque de organismos vivos, mas, também impactou no laço social. Desdobrou-se em questões políticas, econômicas, sociais e, sobretudo, de forma particular, na subjetividade contemporânea. Veja os esclarecimentos de Bassols (2020, s/p, tradução nossa):

A experiência do real em que nos encontramos não é, portanto, tanto a experiência da doença em si, mas a experiência deste tempo subjetivo que é também um tempo coletivo, estranhamente familiar, que acontece sem poder ser representado, sem poder ser nomeado, sem poder ser contado. É esse real que a psicanálise se interessa e trata. A dimensão sintomatológica desta experiência ocorre sem necessariamente ser habitada pelo próprio coronavírus, apenas pelo discurso que tenta dar sentido à sua emergência na realidade como efeito da pura lei da natureza.

Naquele contexto, foi possível perceber a população no seu ir e vir no espaço público foi obrigada a mudar e a repensar a seu modo no laço com o outro e com a cidade. Um momento atípico colocou o sujeito diante de uma mudança imposta e irreversível.

No Brasil, várias normativas, com o passar dos meses, foram sendo publicadas diante do agravamento da pandemia em cada localidade. A mídia brasileira noticiava diariamente a quantidade de mortos e as condições dos atendimentos públicos para uma população que contava com sua única chance de tratamento por meio do SUS. Testemunhou-se um verdadeiro *walking dead* brasileiro. Para Birman (2021, p. 14):

O circo de horrores que segue o seu caminho tortuoso na contemporaneidade, com o seu amontoado de cadáveres nauseabundos, empilhados como objetos amorfos e inanimados, que não puderam ser devidamente enterrados para serem reconhecidos como vidas dignas pelos rituais funerários, condição concreta de possibilidade para que o sujeito possa realizar o trabalho de luto na sua singularidade.

Na cidade de Belo Horizonte, o primeiro boletim oficial ocorreu depois de trinta dias do início da pandemia anunciado pelo governo local. Segundo o Boletim Epidemiológico nº 1/2020, foram notificados 398 casos confirmados e oito óbitos (PBH, 2020a). Trinta dias depois, o Boletim Epidemiológico nº 23/2020, já trazia a triste notificação de 1316 casos confirmados e 36 óbitos (PBH, 2020b). Portanto, assistia-se a um aumento na letalidade de 450% - quatrocentos e cinquenta por cento, o que evidenciava a gravidade da doença. No nível do particular, cidadãos perderam seus entes queridos e, na esfera pública, a sobrecarga de atendimentos nas instituições de saúde denotava a precariedade/sucateamento que há anos já se tornara uma triste realidade brasileira, sobretudo, agravada com o aparecimento de uma emergência sanitária. Neste cenário, profissionais de saúde, no cumprimento do seu dever laboral, tinham como objetivo principal lutar para que as estatísticas diárias de mortes não

continuassem o trajeto progressivo que se observava. Além disso, lutavam pela própria vida e de cada um que se encontrava em quaisquer unidades de saúde espalhadas por todo território nacional.

Lidar com grandes surpresas sanitárias sempre foi um desafio para os brasileiros. Vivenciou-se repetidamente uma morosidade por parte das autoridades públicas em fornecer subsídios para os profissionais da chamada linha de frente dos cuidados de saúde. Assim, diante daquela realidade, os profissionais, além dos requisitos técnicos, tiveram que acrescentar na sua rotina de trabalho no SUS uma “pitada” de ousadia e coragem.

Além disso, vale ressaltar que o país já havia vivenciado colapsos na saúde coletiva. É possível relembrar que já no início dos anos 2000 e depois no final de sua segunda década, surtos de gripes sobrecarregaram os hospitais. Naquela época, ficaram nítidos, de um lado, o estrangulamento dos números de leitos hospitalares públicos disponíveis para a população brasileira, e do outro, uma outra saúde impregnada por capital privado, isto é, as chamadas unidades de saúde da rede privada/conveniada. Contudo, ambas foram afetadas com o alto índice da procura, mas não na magnitude como foi visto na pandemia por COVID-19.

Nas instituições de saúde, estavam os profissionais lidando com a nova realidade. A rotina instaurada e os protocolos de atendimentos existentes não eram suficientes para atender a todos que necessitavam. Vivenciou-se uma cena de guerra televisionada para todos, com cenas grotescas de falhas dos dispositivos político e assistencial diante de uma pandemia. Felizmente, o SUS sobreviveu, mas muitos brasileiros não tiveram esse mesmo desfecho.

Os profissionais de saúde surpreendentemente foram acometidos por um novo componente até então desconhecido por eles na sua rotina laboral: um efeito de medo. Para Drawin (2021, p. 43),

Em termos psicanalíticos pode-se dizer que o efeito não depende apenas da quantidade pura da “quota de afeto”, mas do modo como ele se enlaça na rede representacional e se manifesta com uma determinada coloração qualitativa, ou seja, torna-se um fenômeno afetivo como o ódio, o ciúme ou o medo”.

Seguindo na trilha de Drawin (2021), os profissionais, apesar do medo, não podiam se esquivar à convocação ao trabalho. No entanto, o enfrentamento ao desconhecido e o risco de morte iminente, o cuidado de si e de seus familiares permaneciam presentes. Naquele contexto, com um real que assustava, era comum os profissionais de saúde serem chamados de heróis, de atores com atos de heroísmo. Campanhas publicitárias se multiplicavam sustentando esse imaginário. As imagens e fotografias podiam ser vistas na internet e outros meios de divulgação, no início da pandemia por COVID-19, numa alusão ao árduo trabalho feito por estes

profissionais. Talvez, aquele movimento tenha sido feito numa tentativa de motivar estes profissionais ao trabalho árduo que lhes era exigido, mas, no entanto, acirrou ainda mais a pressão e o medo da morte.

Logo após o início do segundo ano da pandemia no Brasil, com grande parte da população vacinada e consequentemente com uma diminuição na procura por unidades de saúde, os “heróis” contratados para a “linha de frente” começaram a ser demitidos. Como pode ser demonstrado pela Fiocruz (2021, s/p):

O medo da contaminação e da morte iminente acompanham seu dia a dia, em gestões marcadas pelo risco de confisco da cidadania do trabalhador (perdas dos direitos trabalhistas, terceirizações, desemprego, perda de renda, salários baixos, gastos extras com compras de EPIs, transporte alternativo e alimentação).

Somados a isso, a rotina dos profissionais de saúde começava a mudar, retornando aos poucos àquela realidade anterior à pandemia. E o tom mostrado na publicidade era outro. De alguma forma, a realidade foi se impondo ao imaginário e evidenciou a precariedade das condições de trabalho que os profissionais de saúde já vinham enfrentando há décadas. Segundo Bihr (2020, p. 25):

Tanto a propagação do vírus responsável por esta pandemia como as medidas desigualmente eficazes tomadas pelos Estados para proteger as suas populações provam, se necessário, que a saúde é, antes de mais nada, um bem público: que o estado saudável ou mórbido do corpo de cada pessoa depende em primeiro lugar do estado saudável ou mórbido do corpo social, do qual o primeiro é dependente ou um simples apêndice, e da capacidade ou não do referido corpo social se defender, por si ou através das suas instituições políticas, contra fatores patogênicos, em particular desenvolvendo um sistema de assistência social eficiente e uma política de saúde pública que proporcione ao segundo os meios necessários e suficientes (humanos, materiais e financeiros).

Em tempos pandêmicos, após os esclarecimentos de Bihr (2020), foi possível perceber que a sobrecarga de trabalho é uma marca comum. Ademais, houve um aumento na demanda, as instituições de saúde se encontravam abarrotadas de pacientes e os profissionais cada vez mais esgotados.

Naquele contexto de isolamento social e diante do medo da morte vivenciado por grande parte dos cidadãos e profissionais de saúde, pôde-se pensar que o uso de tecnologia no monitoramento/tratamento dos pacientes infectados de COVID-19, seria um novo panóptico biopolítico? Afinal, agora o seu objetivo era salvar vidas e não apenas vigiar e punir.

4.4. Medo da morte, corpos isolados, solitários e vigiados por um Outro: um panóptico biopolítico

A realidade pandêmica colocou o cidadão diante de um real que não cessava de se inscrever. Contudo, houve quem dizia que a pandemia se tornaria uma endemia, e que o “novo normal” abrigaria esse novo modo de viver. Segundo Birman (2021, p. 88):

Ou ainda, dito de outra maneira, quais serão as mudanças cruciais que vão se realizar, ao mesmo tempo, no espaço público e no espaço privado, nos registros social, econômico, político, ecológico, cultural e subjetivo, mas que se encontram também articulados intimamente com as normas sanitárias e com os preceitos científicos.

O vírus, agente da COVID-19, se apresentou como um real da natureza, invisível aos olhos humanos, que se impôs ameaçando o saber e a prática científica. Para Birman (2021, p. 65):

A peste levou assim à efetiva humilhação da pretensão do homem de domínio absoluto do mundo, de forma que nem mais o céu poderia ser o limite, com efeitos ainda impossíveis de serem completamente calculados, em toda a sua extensão e profundidade, no tempo futuro.

O panóptico⁷ seria um mecanismo de poder destinado a se difundir no campo social, devido ao seu efeito de observação que causava a generalização do funcionamento de uma sociedade, atrelando as relações de poder com o dia a dia das pessoas. Ainda, segundo o autor, “a máquina de ver é uma espécie de câmara escura em que se espionam os indivíduos; ela se torna um edifício transparente onde o exercício do poder é controlável pela sociedade inteira” (FOUCAULT, 1975/2013, p. 196).

Assim, ao levar em conta esses estudos foucaultianos no início de 2020, no escopo do início da pandemia por COVID-19, pôde-se constatar que algumas medidas foram realizadas com o intuito de frear o seu avanço, sobretudo, medidas como a quarentena impostas à população em quase todo o mundo. Por exemplo, na China onde o vírus foi encontrado pela primeira vez, havia dispositivos eletrônicos para ajudar no combate à pandemia: drones, sensores de temperatura e aplicativos de celulares. Esses instrumentos foram, de certa forma, utilizados por outros países, como foi o caso do Brasil.

⁷ Ele se refere ao Panóptico de Bentham: O dispositivo panóptico organiza unidades espaciais que permitem ver sem parar e reconhecer imediatamente. Em suma, o princípio da masmorra é invertido; ou antes, de suas três funções – trancar, privar de luz e o olhar que vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. A visibilidade é uma armadilha. (FOUCAULT, 1975/2013, p. 190)

No enfrentamento ao COVID-19, o uso da tecnologia pôde ser visto não apenas em unidades de saúde e, também na interação do sujeito com o seu laço social, seja de forma particular ou coletiva. No início da pandemia, a população estava assustada com a nova realidade mundial e foi necessária uma cooperação entre as instituições científicas na busca de uma nova vacina e remédios que sanassem ou diminuíssem a letalidade do vírus. O excesso de controle era revisto a todo momento com o objetivo de encurtar o aparecimento de novas formas de tratamento, no entanto, sem renunciar ao controle e das normas técnicas e éticas.

Por outro lado, no coletivo, o uso de dispositivos eletrônicos nas cidades para monitorar seus habitantes e puni-los com acionamentos de instituições de segurança era algo utilizado. Naquela época, o objetivo era cancelar o isolamento social preconizado pelas autoridades sanitárias e governamentais. Nas cidades, era comum, para o cidadão adentrar em locais coletivos, quando necessário, como *shopping*, escolas e instituições públicas, o uso de equipamentos digitais para controlar a temperatura e o uso correto de máscaras. Estabelecia-se o “novo normal”.

No HAC, assim como em outros hospitais, também foram utilizadas diversas tecnologias com mecanismos de controle de seus usuários, paciente e funcionários que visavam a diminuição de custos e riscos. O olhar estava por toda a parte, com a ideia de “garantir” a defesa da vida. Inusitadamente, no HAC, servidores utilizavam a ouvidoria hospitalar para denunciar de forma anônima alguns profissionais, sobretudo médicos e técnicos de enfermagem que se negavam a utilizar máscaras nos corredores do hospital. Mesmo de forma anônima, sustentavam uma luta política que, hora ou outra, ainda se faz presente na ouvidoria hospitalar. Portanto, via-se o controle biopolítico, onde tudo se justificava pela preservação da vida. Foi possível constatar que este controle vinha, inclusive, do olhar do outro, que denunciava um descuido daqueles que se negavam a usar a máscara ou a utilizava de forma incorreta.

Na cultura, os problemas sociais, governamentais e seus efeitos na população em geral já eram uma realidade há muitos séculos. Até hoje, estes desafios persistem, travestidos em questões políticas e econômicas (FOUCAULT, 1978-79/2008) que incidem sobre cada sujeito na cultura, algo tão antigo e ao mesmo tempo tão atual. Nesse sentido, foi possível aproximar a pandemia à biopolítica: controle autoritário sobre o modo de vida de cada sujeito e sobre a sua forma de se relacionar no laço social. Para Rocha (2007, p. 109):

A biopolítica é um operador conceitual por meio do qual se pode distinguir a soberania que a modernidade transfere do poder central, estatal, aos poderes periféricos: inaugura-se a lógica da “gestão”, que na contemporaneidade alcança seu apogeu. A medicina protocolar se refere uma figura da “gestão biopolítica dos corpos”.

E isso gera efeitos no sujeito, com o seu atravessamento na esfera política, com a sua ética. Foucault (1975/2013) descreveu a anatomia política como o exercício de um poder sobre o corpo do outro através de técnicas supostamente rápidas e eficientes. Esse controle foi feito, por exemplo, através da categorização da população, da higiene, da saúde e segurança públicas. O controle sobre as vidas e os corpos de toda uma população recebeu o nome de biopoder.

Foucault (1975/2013), em seus estudos, lembrou de um modo de gozo semelhante ao trabalhar na sociedade do século XVII sob um dispositivo disciplinar, no qual eram instituídas formas de confinamentos das populações, por exemplo, em escolas, em fábricas, em prisões ou em hospitais, visando à prática da norma de vigiar. Naquele momento, a cidade era colocada sob a autoridade de um síndico, cuja função era a de vigiar e controlar os deslocamentos da população. Caso algum cidadão deixasse de obedecer às suas ordens, poderia ser punido com a morte. Para conseguir exercer essa função, o síndico inspecionava constantemente. “O olhar está alerta em toda parte: um corpo de milícia considerável, comandado por bons oficiais e gente do bem” (FOUCAULT, 1975/2013, p. 186). A cidade era vigiada em todos seus pontos, onde os movimentos eram controlados e registrados. Cada cidadão era constantemente localizado e contabilizado entre “os vivos, os doentes e os mortos” (FOUCAULT, 1975/2013, p. 188). Características de uma época que poderiam ser pensadas e atualizadas na contemporaneidade. Para ele, por detrás do dispositivo disciplinar, se lê o medo pelo contágio, pela revólver, pelos crimes, que denunciam a desordem, tão comum em nossos dias. Para ele, o dispositivo disciplinar seria um mecanismo de poder com a pretensão de ter uma visibilidade constante. Nesse sentido, para defender seu posicionamento, se serviu do Panóptico de Bentham.

Finalizando o conceito de Panóptico no olhar da pandemia que refletiu em um novo modo de viver em sociedade e, conseqüentemente sobre seus efeitos em uma instituição hospitalar. Por fim, nesse capítulo defendeu-se a ideia de que a COVID-19 não se restringiu ao ataque de organismos vivos, em uma vertente estritamente biológica. Outrossim, trouxe atravessamentos no laço social com seus desdobramentos. Na instituição hospitalar, o paciente, acompanhante e/ou servidor público, testemunhados na ouvidoria, foram intimados a repensar e mudar, a seu modo, o laço com o outro. Uma realidade que até então era pensada por eles como um pouco distante, que não iria atravessar a portaria de um hospital público oncológico estadual, no entanto, como foi visto, entrou e se fez presente. No próximo capítulo, o quarto, abará a política que interessa à psicanálise, ao levar em conta um espaço psicossocial no hospital.

5. UM SUJEITO, UMA POLÍTICA: A RESISTÊNCIA POSSÍVEL NO LUGAR DO OUVI(DOR)

Neste capítulo, realizou-se uma reflexão sobre uma proposta de sustentação do inconsciente como uma ação política, ao levar em conta, segundo Moreira (2019, p. 2) a “[...] força subversiva das formações do inconsciente” que determina as subjetividades. Mas, o que seria uma ação política? Ortega (2001, p. 225) esclareceu, recorrendo à teoria política de Hannah Arendt, que uma ação política seria “[...] como uma vontade de agir, de transgredir e superar os limites”. Seguindo na trilha de Moreira (2019) e na obra lacaniana, com a máxima do inconsciente é a política e não o contrário pois, essa expressão lacaniana houve uma tentativa de se pensar a política como algo inacabado, parece que isso abriu uma oportunidade de se construir reflexões a partir daquela máxima lacaniana. Assim, neste momento, pretendeu-se refletir sobre o inconsciente é a política, especialmente sobre seu desdobramento pela via da política do sintoma e a política da psicanálise, operada pelo psicanalista, como um discurso que visaria tangenciar o real e como efeito se transformaria em uma ação possível na instituição hospitalar.

Posto isso, o capítulo foi construído na tentativa de responder a seguinte pergunta: seria exequível uma aposta na sustentação de uma política que revelaria a resistência possível do ouvidor, na instituição pública, com formação psicanalítica? Uma política institucional que levou um psicanalista para a ouvidoria hospitalar. Isto se referiria a um dever de política que convocaria os cidadãos inseridos na cena hospitalar, num cenário psicossocial, ao levar em conta, segundo Foucault (1978-79/2008, p 431), “[...] a prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças e que desafios políticos e econômicos eles vêm constituindo até hoje”. Nesse contexto, seria de responsabilidade do psicanalista pensar sobre uma política para a psicanálise “[...] em tempos de quedas de ideais, é preciso redesenhar-se o semblante para que o sujeito tenha lugar” (BESSET, 2004, p. 65) e para que a falta-a-ser vigorasse como política do psicanalista envolvido no contexto institucional.

Assim, discorreu-se sobre a presença do psicanalista em uma instituição pública. Rosa (2004) considerava que o desafio era construir uma prática que levasse em conta o laço social, expresso, segundo a autora, como laços discursivos na instituição. Tal prática seria sustentada pela concepção do sujeito na dimensão dos discursos lacanianos, exposta, sobretudo, no Seminário 17 (LACAN, 1969-70/1992) e em sua conferência “Radiofonia” (LACAN,

1970/2003). Diante disso, seguindo na trilha de Rosa (2004), pensou-se na presença do psicanalista pela via da sua escuta se deslocaria entre dois contextos: elucidar o discurso e as práticas sociais, a fim de problematizar os modos como esses discursos afetariam a subjetividade enredadas na instituição hospitalar – ações concretas e precisas dentro de uma realidade que permitiria a emergência do sujeito – transmitidas em ato. Segundo Soller (2012, p. 234) seria “[...] impossível para a psicanálise dissociar-se da política do discurso de seu tempo. Ainda é preciso que seja bem ela que se faça ouvir”.

Diante disso, o capítulo foi finalizado com a apresentação de duas vinhetas institucionais, como uma ilustração, sobretudo, daquela que se refere a uma posição de resistência contra o discurso capitalista que se instaurou nas exigências institucionais.

5.1. “O inconsciente é a política”: inquietações freudo-lacanianas

Na obra de Sigmund Freud, o significante “política” não foi explícito mas subentendido nos artigos sobre sociedade e cultura, os chamados pelo editor das *Edições Standard*, de “artigos antropológicos”. Neles foi possível perceber a sinalização de uma dimensão política no psiquismo atrelada à vida em sociedade, por exemplo, em seus ensaios como: “Totem e tabu” (1912-13/2012), “O futuro de uma ilusão” (1927/2020), “Mal-estar na civilização” (1930/1996), “Por que a guerra? (Einstein e Freud)” (1933[1932]/1996), “Um comentário sobre o antissemitismo” (1938/1996), e no “Moisés e o monoteísmo” (1939/1996). Foi interessante notar que, em seu artigo sobre o “Interesse sociológico da psicanálise”, Freud (1913/1996, p; 189) afirmava que, embora a psicanálise se interessasse principalmente pelo indivíduo, “[...] ao fazer investigações sobre o indivíduo, não pode deixar de tratar da base emocional dele com a sociedade”. Já em “Psicologia de grupo e a análise do ego”, Freud (1921/1996, p. 81), abordou que “[...] apenas raramente e sob certas condições excepcionais, a psicologia individual se acha em posição de desprezar as relações desse indivíduo com os outros”, de tal modo que “[...] desde o começo, a psicologia individual, [...] é, ao mesmo tempo, também psicologia social” (FREUD, 1921/1996, p. 81). E, em “O ego e o id”, Freud (1923/1996, p. 69) construiu uma metáfora comparando o eu ao político:

Em sua posição a meio-caminho entre o id e a realidade, [o eu] muito frequentemente se rende à tentação de tornar-se sicofanta, oportunista e mentiroso, tal como um político que percebe a verdade, mas deseja manter seu lugar no favor do povo [querido pela opinião pública].

Entretanto, algumas vezes, tal significante surgiu se aproximando da noção de Estado, por exemplo quando Freud (1930/1996, p. 93) fez a “[...] indicação das três fontes de que nosso sofrimento provém: o poder superior da natureza, a fragilidade de nossos corpos e a inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade”.

Assim, o significante “política” não se fez muito presente e quando ele apareceu ficou atrelado à noção de Estado. Isto pôde ser percebido, por exemplo, também quando ele se referiu de forma metafórica à “política do avestruz” (FREUD, 1914/1996) estudada no campo da neurose. Para ele, naquele momento do seu percurso, essa política sinalizaria uma vontade do neurótico em não querer saber sobre o seu mal-estar. No entanto, como esclareceu Plon (2002, p. 147):

Esta ausência [do significante política], no que se refere a uma designação explícita, nem por isso deve ser considerada como indicação de um desinteresse para com os processos políticos. Muito pelo contrário, a preocupação com a “coisa política” seja por meio de alusões, metáforas ou perífrases, é por assim dizer onipresente.

Nesse sentido, seguindo na trilha de Plon (2002), foi possível localizar nos estudos freudianos especialmente na conferência realizada no “V Congresso Internacional de Psicanálise”, na cidade de Budapeste, sob o título “Linhas de progresso na terapia psicanalítica” (Freud, 1919[1918]/1996) onde ele considerou o uso de sua técnica fora do *setting* tradicional. Essa novidade se justificava, sobretudo, no tratamento de neuróticos de guerra e aos pobres, afinal isso se justificaria devido ao momento trágico que o mundo estava vivendo, o final da primeira guerra mundial. Assim, constatava a ideia de um uso do dispositivo psicanalítico para além do consultório, a psicanálise ante ao desejo do psicanalista em ocupar outros espaços na cidade.

Naquele momento, no congresso em Budapeste, pôde-se pensar em um marco temporal e técnico no campo psicanalítico, quando, pela primeira vez, Freud (1919[1918]/1996) defendeu a criação de centros psicanalíticos de atendimento público e gratuito. Assistiu-se à inauguração de uma ação política que ampliava a oferta do tratamento psicanalítico para aqueles cidadãos com alguma vulnerabilidade social e/ou financeira. Ou seja, foi possível constatar o surgimento da experiência psicanalítica no contexto da saúde coletiva, no entanto, com financiamento privado, via filantropia de psicanalistas, interessados na causa freudiana.

Freud, como era já de se esperar, em uma posição incansável e com o desejo decidido inaugurou, naquele mesmo ano, uma clínica e um instituto berlinense organizado por Ernst

Simmel e financiado por Max Eitingon. Contudo, Freud manifestava que mais cedo ou mais tarde, o Estado se responsabilizaria por essas clínicas. Elas seriam “deveres” do Estado.

Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. As condições atuais podem retardar ainda mais esse evento. Provavelmente essas instituições iniciar-se-ão graças à caridade privada. Mais cedo ou mais tarde, contudo, chegaremos a isso. (FREUD, 1919[1918]/1996, p. 180-181)

Pôde-se constatar que esses dispositivos clínicos eram o início da psicanálise fora dos consultórios clássicos, o que existia até então. Freud, no congresso em Budapeste, já defendia sua posição: “[...] a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quanto o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia [...]” (FREUD, 1919[1918]/1996, p.180). Ele não recuava do seu desejo, mas, até aquele momento, esse novo dispositivo psicanalítico surgia como política social pública, um ato, sem, no entanto, constituir uma prática clínica em *stricto sensu*. Isso não deixou de ser uma ação política, tendo em vista os desdobramentos da prática de um psicanalista nos anos vindouros.

Contudo, nessa pesquisa, não seria um objetivo delongar por tantas outras passagens do dispositivo psicanalítico em diferentes setores da política pública ao longo do tempo. Nesse momento, é mister o anúncio do início daquelas ações freudianas para demonstrar o aparecimento da psicanálise como oferta de tratamento fora do *setting* tradicional. A seguir, a atenção se desdobrará sobre os fundamentos teóricos e da técnica psicanalítica, na primeira e segunda tópicos do aparelho psíquico freudiano, que podem circunscrever a inserção da psicanálise no campo das políticas públicas.

Hoje, é possível constatar que existe uma exigência à produtividade também no setor da saúde coletiva, na qual um psicanalista pode, em função de sua posição ética, clínica, social e política deparar-se com alguns impasses, como um empuxo de “querer o bem”. Já se pode antever a reserva freudiana em termos de um querer o bem ao outro. O bem é, portanto, um termo importante que atravessa o tema desta pesquisa em um sentido ético, clínico, social e político. Assim, como já trabalhado no capítulo um, ao se levar em conta que hoje o psicanalista é convidado a se posicionar a respeito dos fenômenos da vida social – seja no nível individual, coletivo, institucional ou político –, percebe-se “[...] uma perspectiva singular do sujeito que neles se encontra e sobre a qual a psicanálise é capaz de refletir” (BEZERRA, 1989, p. 219).

A ética da psicanálise não seria uma ética pautada nas obrigações ou nos mandamentos, mas sob o desejo que se sustenta na falta. A ética na psicanálise nos leva diretamente à questão: “[...] se somos culpados de alguma coisa, é de ter cedido ao nosso desejo” (LACAN, 1959-60/2008, p. 373). A ética do desejo apresentava uma relação entre o sujeito e o campo do Outro. Ela não dizia respeito ao campo da moral, do testemunho e da obrigação, mas ao campo do vazio, da falta, ou seja, fora do campo dos bens, que existiria a partir da concepção do coletivo social. “Essa política da falta é o que corresponde à ética do desejo. Foi possível constatar: a ética do desejo corresponde à política da falta” (QUINET, 2021, p. 24). Mas, há um único bem que precisa ser pago pelo sujeito, conforme Lacan, no campo das neuroses: pagar o preço pelo seu desejo. Assim, o hospital, seria a materialização do mais alto nível técnico científico da saúde coletiva brasileira, quais as barreiras institucionais os atores presentes naquele cenário precisariam ultrapassar para sustentar a ética do desejo naquele contexto, especialmente quando buscavam um atendimento na ouvidoria hospitalar? Sua chegada naquele setor era uma ação política?

De partida, para tentar refletir sobre essas questões no campo psicanalítico, seria importante transmitir e esclarecer o percurso dos estudos freudianos. Foi possível localizar, já na primeira tópica especialmente nos artigos sobre o “projeto para uma psicologia científica (1950[1895]/1996) e na “Interpretação dos sonhos” (1900/1996), a grande descoberta do autor: o inconsciente. Freud, no início dos anos 1920, avançou em sua teoria com o advento de uma segunda tópica, no entanto, sem renunciar à descoberta do inconsciente e da divisão do aparelho psíquico proposto na primeira tópica. Após esse breve percurso sobre os estudos freudianos e o surgimento/avanço da psicanálise, percebeu-se que Lacan buscou retomar os aspectos da clínica freudiana sob outro campo: do real.

Essa posição de Lacan remete ao que Freud (1920/1996) denominou como “além do princípio do prazer”. O real, a partir da leitura lacaniana, nos remeteria para um ponto mais fundamental e sem significação que habitava um sujeito, ao mesmo tempo que direcionava as suas escolhas e ações, denotando o que havia de mais singular ao sujeito, mesmo não sendo totalmente assimilável por ele. Naquele momento, Lacan priorizou a relevância da ideia freudiana sobre o mais além do princípio do prazer, a pulsão de morte, que ele articulou ao gozo, ao real. Portanto, o simbólico já não supriria totalmente o real na experiência analítica, havia um *Mais, ainda*, como indica Lacan no Seminário 20 (1972-73/2008).

Na década de 1960, Lacan defendeu a relação que existe entre desejo e real, especialmente no Seminário 10 (1962-63/2005), quando ele conceituou o objeto *a* como sendo

causa de desejo, ou seja, uma outra função não se resumindo àquela de mais-de-gozar. Lacan considerava que nem tudo seria investido pela imagem. Algo do próprio corpo não seria especularizável, que seria o objeto *a*. Ele poderia ser situado, por exemplo, ora do lado do sujeito e ora do lado do parceiro do desejo, aquele outro que seria investido na imagem e que possuía um valor erótico: “[...] de fato, o objeto definido em sua função por seu lugar como (a), o objeto que funcionaria como resto da dialética do sujeito com o Outro” (LACAN, 1962-63/2005, p. 252). Lacan considerava no Seminário 10, que o objeto *a* condicionava o desejo, sob suas formas de desejo oral, anal, escópico e voz. Assim, a partir do ensino lacaniano, o objeto *a* como um objeto faltoso remeteria ao desejo, que mantinha uma relação próxima com a falta, que se levou a concluir que o objeto *a* seria também causa de desejo, pondo em jogo a castração, a falta e a diferença.

Isso posto, nos estudos lacanianos, também não se encontrava o tema explícito sobre a política. Mas, falou-se sobre ele no construto de sua teoria. Em sua obra, foram encontradas referências à política geralmente relacionada às formas de governos. Miller (2003) afirmou que, na obra lacaniana, esse termo apareceu em referência ao Estado, à sociedade civil e aos ideais da cidade. Mas também, segundo Miller, Lacan possuía uma posição crítica, assim como Freud, sobre qualquer forma de ilusão vinda dos ideais da sociedade. Em algumas passagens na obra lacaniana, delineadas ao longo desta pesquisa, pôde-se perceber uma tentativa para articular alguns conceitos da psicanálise à noção de política. Por exemplo, em seu *Seminário 2*, foi possível verificar uma passagem de Lacan (1954-55/2010, p. 35) na qual ele fez uma articulação entre a posição do político com a do psicanalista:

Não estou querendo dizer que o político seja o psicanalista. Platão começa precisamente com *O político* a fornecer uma ciência da política, e sabe Deus onde isto, desde então, nos tem levado. Mas para Sócrates, o bom político é o psicanalista

Mas, ficou a pergunta: o que Lacan queria dizer? Ele não explicou. Cabe a cada um, interessado nesta temática, tentar dar algum sentido a isso. Assim, cada um deve se colocar ao trabalho, a partir do desejo, de desbravar sua obra e o que ele pôde transmitir através do seu ensino, especialmente no final da década de 60 e na década de 70, onde ele trabalhou os discursos e seus efeitos no laço social sobre o encontro do sujeito com o Outro. De acordo com Miller (2011, p. 4), ante aos estudos lacanianos que

[...] a fórmula: “o inconsciente é estruturado como uma linguagem”. Trata-se de uma tese que supõe dispormos da definição da linguagem e de fato Lacan utiliza a produzida por Saussure e Jakobson. Não há sem dúvida o “como” no enunciado que

comento hoje, então o que temos que nos perguntar é como definir a política, embora haja um sentido em dizer que o inconsciente é a política.

Diante disso, apostou-se no trabalho sobre como a política pode ser situada de forma distinta em cada configuração através das formas discursivas apresentadas por Lacan (1969-70/1992) na vertente da subversão, ao levar em consideração segundo o autor, que “[...] o inconsciente é a política” (LACAN, 1972-73/2008, p. 350). Pois, tanto em Freud quanto em Lacan, foi possível perceber uma proposta de pensar sobre o inconsciente como uma ação política, uma política para a psicanálise: quando o sujeito é convocado a assumir e escolher uma posição ética dentro da cultura, consequentemente na instituição hospitalar, um cenário psicossocial. Ou seja, pensa-se sobre um dever de ato ao se interessar pela subjetividade de sua época, sobretudo, em uma instituição hospitalar pública.

Nesse sentido, para Moreira (2019, p. 14), a psicanálise freudo-lacanianiana apresentava também uma questão política, “[...] pois introduz a formulação do desejo e oferece voz aos sujeitos eclipsados pela massificação civilizatória”. Hoje, foi possível notar que não é só a clínica que interroga a teoria e faz a psicanálise e seu operador avançarem, mas as observações das práticas e dos discursos no laço social também o fazem. Eles, na atualidade pandêmica, têm surpreendido os psicanalistas de tal forma que os convocaram às investigações.

Corroborando os esclarecimentos de Moreira (2019), Garcia (1995, p. 90) propôs a seguinte questão: “[...] será possível ainda se pensar uma política? Ou estamos submetidos à lei de ferro onde se decide sobre nossa espécie e que diz ‘tudo que se tem a fazer, será feito’” (p. 90)? Isto posto, foi essa provocação de Garcia (1995) que o autor desta pesquisa se colocou ao trabalho, sobretudo numa experiência sobre o mal-estar testemunhado por um praticante da psicanálise na ouvidoria hospitalar. Soler (2012, p. 221) esclareceu que

Se a única política possível é fazer ex-sistir seu discurso, sustentar seu estatuto de exceção, eles [os psicanalistas] precisam a um só tempo se desfazer dos modelos ajustados às décadas anteriores e nunca romper com a ética do bem-dizer. Como poderiam não ter que em permanência reinventar sua estratégia em relação aos sujeitos que a eles se endereçam a partir do outro discurso? A imitação e a reiteração lhes são fatais, mas o esquecimento da subversão freudiana que causou comoção no início do século XX não o é menos.

Ao levar em conta essa advertência de Soler (2012), fez-se a seguinte questão: quando se pensa em um psicanalista na função de ouvidor, em uma perspectiva ética, o que ele escuta? Isso é um desafio. Para Rinaldi (2015), seria urgente pensar sobre uma proposta que levaria em conta, por meio de uma escuta, a sustentação de uma “micropolítica do desejo” de cada sujeito e o trabalho com equipes no enfrentamento das questões sobre o real da clínica assim como do real da política dentro da instituição, ou seja, “[...] deve ser pensada também como uma proposta

política, em um processo que pretende reconstruir as formas de assistência pública a partir de outros paradigmas” (RINALDI, 2015, p. 318).

Na perspectiva de outros paradigmas, seguindo na trilha de Rinaldi (2015), foi urgente pensar a presença de um analista útil, cidadão, que se interessa pelo enfrentamento do debate político. Na instituição hospitalar pública uma cena pode ser construída diante da afetação dos atores/cidadãos presentes naquele cenário. Segundo Safatle (2020, p. 49-50),

[...] a política é, em sua determinação essencial, um modo de produção de circuito de afetos, da mesma forma como a clínica, em especial em sua matriz freudiana, procura ser dispositivo de desativação dos modos de afecção que sustentam a perpetuação de configurações determinadas de vínculos sociais.

Uma afetação, seguindo na trilha de Safatle (2020), que poderia anunciar uma configuração de vínculos sociais também presentes na instituição hospitalar. Naquele contexto, o político pensado no sentido da política da psicanálise: quando o sujeito é convocado a assumir e escolher uma posição ética dentro da cultura, consequentemente na instituição hospitalar, um cenário psicossocial. Isso denotaria uma política da psicanálise. Soller (2012, p. 227) questionou se a

[...] política ela [psicanálise] só tem uma, inerente ao dispositivo relacional [transferência] inventado por Freud? Com efeito, desse dispositivo é possível considerar, como faz Lacan, que ele é mais importante até que a descoberta do inconsciente e que as obrigações que ele instaura e as regras [discursivas] que promove predominam sobre a diversidade dos atores.

Contudo a política do psicanalista pensada ante aos estudos lacanianos tenderia a ser uma utilização do seu instrumento – a fala no campo da linguagem – com as suas potencialidades no laço social. Soller (2012, p. 220) continua: “sugere, assim, uma ordem que vai do entendimento à ação analítica, do saber à orientação política.

Diante desses esclarecimentos, fez-se a seguinte pergunta: mas o que seria política? Ortega (2001, p. 225), recorrendo à filosofia política de Hannah Arendt, esclareceu que ela “[...] representa uma tentativa de pensar o acontecimento, de afrontar a contingência, de recusar as imagens e metáforas tradicionais oferecidas para imaginar o político”, sendo este, portanto, “[...] uma vontade de agir, de transgredir e superar os limites”. Já no dicionário de política de Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998, p. 954) o significado do termo, encontra-se o político “[...] significa tudo o que se refere à cidade e, consequentemente, ao que é urbano, civil, público e até mesmo sociável e social”. Mas o que vai interessar nesse momento, aproximando a definição destes autores à teoria política arendtiana, seria discorrer sobre uma política da “ética da

responsabilidade” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, p. 961). Pois, desde os estudos freudianos, especialmente quando se interessou a discorrer sobre o mal-estar na cultura, o inventor da psicanálise considerou que era preciso delimitar o que seria cultura. Freud (1930/1996, p. 337) considerou que a palavra “cultura” [*Kultur*]

[...] caracterizava a soma total das realizações e dos dispositivos através dos quais a nossa vida se distanciava da de nossos antepassados animais e que servem a duas finalidades: a proteção do ser humano contra a natureza e a regulamentação das relações dos seres humanos entre si.

Posto isso, Freud iniciou este trabalho épico e alertou sobre o risco de um julgamento genérico ao “esquecer” a diversidade do mundo e consequentemente a sua vida anímica. Freud, naquele momento do seu percurso, considerava que o sofrimento seria uma sensação, e que ele existia a partir da nossa percepção, portanto como uma consequência de alguns dispositivos do nosso organismo. Ele deu o exemplo de uma “influência” química, a intoxicação, lutando pela felicidade e pelo bem-estar. Essa substância estranha ao corpo, “[...] cuja presença no sangue e nos tecidos nos propicia sensações imediatas de prazer, mas também altera de tal maneira as condições de nossa vida sensível que nos tornamos inaptos à recepção de moções de desprazer” (FREUD, 1930/1996, p. 323). Isso denotaria uma tentativa de defesa contra o sofrimento. Para Freud uma outra tentativa de defesa contra o sofrimento seria o deslocamento da libido pela via da flexibilidade, assim deslocando as metas pulsionais pela via da sublimação. Mesmo assim, isso não poderia assegurar uma proteção plena contra o sofrimento.

Ao considerar que uma das fontes de sofrimentos seria a inadequação dos dispositivos que regulam as relações dos seres humanos entre si na família, no Estado e na sociedade descobriu-se que o ser humano “[...] não consegue tolerar a quantidade de impedimentos que a sociedade lhe impõe a serviço de seus ideais culturais, e disso foi concluído que se essas exigências fossem abolidas ou reduzidas, isso significaria um retorno às possibilidades de felicidade” (FREUD, 1930/1996, p. 334). Assim, Freud (1930/1996), assinalaria que seria impossível para o sujeito na cultura alcançar um estado feliz, portanto o mal-estar estaria posto para todos. Esse recorte no percurso freudiano ficou nítido o fato de que o sintoma teria um impacto político. Assim, o que vai interessar neste momento, aproximando da teoria política arendtiana, seria discorrer sobre uma política da “ética da responsabilidade”.

Já em Lacan, quando trabalhou o sintoma como acontecimento de corpo, um corpo na civilização ou um corpo civilizado, “quero dizer socializado” (SOLLER, 2012, p. 193-194), era preciso avaliar

[...] que há uma fábrica do corpo, de nossos corpos socializados. Esse corpo não é um produto da natureza, é antes um produto da arte. E é bem certo que o que chamamos a educação é antes de mais nada uma tentativa, que aliás dá certo, de domar o corpo, de fazê-lo entrar em práticas coletivizadoras de corpo.

Para Soller (2012), naquele contexto de “uma fábrica do corpo” era possível pensar que na atualidade ante a globalização do capitalismo, como será trabalhado mais adiante neste capítulo, em um mercado homogeneizando até as práticas/ intervenções do corpo. E isso de sobremaneira foi testemunhado diariamente em uma unidade hospitalar. A autora acrescentando o que foi trabalhado no capítulo um dessa pesquisa, esclareceu que:

Logo, o discurso nos dá o nosso corpo. O corpo do qual devemos dizer que o “temos”. O sujeito, entenda o falante, ao contrário do animal, não é seu corpo. Vemos pelo fato de que ele o precede no discurso do Outro [cultura] e a ele sobrevive por um tempo na memória, ao passo que seu corpo é devolvido, como se diz de certa tradição, ao pó. Daí a insistência que deve ser posta em “o sujeito tem um corpo”, porque tem um corpo, que quer dizer? Todos os sujeitos têm bem um organismo, mas talvez nem todos tenham o corpo se o fato de ter um corpo se decidir, segundo Lacan, do ponto de vista do uso que dele se pode fazer. (SOLLER, 2012, p.195)

Na psicanálise freudo-lacaniana são inúmeras passagens para ilustrar o deslocamento do corpo-máquina/ biológico para a assunção de ter um corpo, por exemplo, o corpo como sintoma, uma política do sintoma, um processo de subjetivação. Haja visto, por exemplo, quando Freud estudou a neurose de guerra, ali foi possível verificar um corpo mortificado pelo significante. Também, em um outro momento, as somatizações da neurose histérica. Naquela época foi uma questão: simulação ou sofrimento mental? E desde então até hoje, sobretudo em uma unidade hospitalar isso tem um efeito político. Um valor político do sintoma: qual seria a questão para cada sujeito, enredado na cena hospitalar, sobre seu mal-estar verbalizado na ouvidoria ante a contingência do encontro com o ouve(dor)?

Ao percorrer sobre a noção de política no campo psicanalítico freudo-lacanian, foi possível constatar que os autores já tinham vislumbrado a ideia do uso do dispositivo psicanalítico para além do consultório, do *setting standard*, uma ação política que sinalizaria o seu uso em outros espaços na cidade. Assim, sobretudo nos estudos freudo-lacanianos, o “inconsciente é a política” seria pensar como uma ação política, uma política para a psicanálise: convocar o sujeito a assumir e escolher uma posição, ética, dentro da cultura, em uma instituição pública, por exemplo, um hospital. Ou seja, pensar numa autoria, num dever de ato, que poderia sinalizar marcas das subjetividades de uma época. É o momento de perguntar sobre uma política

do psicanalista na ouvi(dor)ia hospitalar: seria possível sustentar uma escuta que levaria em conta o aparecimento na instituição de um dispositivo⁸ de transformação psicossocial?

5.2. Uma política do psicanalista e seu posicionamento no tempo em que se vive: o discurso do analista

Foi visto até aqui uma proposta sobre a noção de política sobretudo no campo da psicanálise freudo-lacaniana e como já dito no capítulo um dessa pesquisa, pôde-se pensar que a escuta de um psicanalista se realizaria a partir de uma ética do bem-dizer. Para Soller (2012, p. 234):

A ética do bem-dizer é relativa ao discurso analítico. Daí o problema, para os analistas, de saber como se situar na política do tempo sem se renegar e sem ultrapassar o saber que a experiência deposita. Como resolver esse dilema? As escolhas são abundantes: demagogia e coquetismo, de um lado, purismo fora de tempo, do outro, constituem os dois polos opostos, geradores dessa burrice profissional que cresce na medida mesma do fato de que os psicanalistas se autorizam por destino público. [...] Impossível para a psicanálise dissociar-se da política do discurso de seu tempo. Ainda é preciso que seja bem ela que se faça ouvir.

Ao se levar em conta que hoje o psicanalista seria convidado a se posicionar a respeito dos fenômenos da vida social – seja no nível individual, coletivo, institucional ou político –, percebeu-se “[...] uma perspectiva singular do sujeito que neles se encontra e sobre a qual a psicanálise é capaz de refletir” (BEZERRA, 1989, p. 219). Através desses esclarecimentos foi possível ao menos sinalizar uma orientação do trabalho do psicanalista seja ele clínico ou em uma experiência na instituição. Ou seja, sua “[...] atuação na sociedade e no tempo em que vive” (QUINET, 2021, p. 11)

A resposta política do psicanalista é muito singular na nossa civilização. Ela se diferencia da ciência por levar em consideração o sujeito do desejo que esta rejeita; se diferencia da religião e suas práticas por não ceder à crença num Outro que não existe. A política do psicanalista se opõe ao Um ditatorial das massas e das seitas e ao discurso do capitalista que foraclui a castração, a falta, a diferença. Ao contrário, o analista, ao ocupar a posição de rebotalho, que é própria da sua ética, faz valer a análise das questões tanto do mal-estar do sujeito sofredor quanto do mal-estar da civilização. (QUINET, 2021, p. 12)

Assim, seguindo na trilha de Quinet (2021), optou-se em avançar na construção da expressão que seria impossível um psicanalista não operar como um agente político. Diante

⁸ Dispositivo definido por Agamben (2007, p. 31) como “[...] tudo o que tem, de uma maneira ou de outra, a capacidade de captar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos”.

disso, ele seria convocado a se posicionar e pensar qual a parte que lhe cabia. Ou seja, pensar em uma experiência que chancelaria a escuta do um a um enlaçados no social, uma abertura ao novo, do desconhecido e do Outro gozo, uma subjetividade política. “Essa subjetividade política se mescla com a subjetividade compreendida pela determinação dos significantes advindos dos personagens que ocuparam o lugar do Outro para cada sujeito” (p. 16).

Optou-se em abordar a política da psicanálise via política do mais-de-gozar estruturado pelos laços sociais e seus discursos, uma chave de leitura para pensar a contemporaneidade. No entanto, seria possível pensar a política do psicanalista pela via das fórmulas da sexualização, uma política do não-toda ou da lógica do todo-fálico. Também, seria possível referir à política do psicanalista pela via do sintoma, como cada ser falante gozaria do seu inconsciente. “Tudo isso nos remete à política da psicanálise, em relação à qual não devemos recuar. Assim como não há clínica sem ética, não há psicanálise sem política” (QUINET, 2021, p. 17).

Em seu seminário, livro 14, “A lógica do fantasma”, Lacan (1966-67/2024) apresentou sua posição ao vincular o sujeito ao discurso do Outro, instaurando a máxima “o inconsciente é a política”. Em outro estudo, intitulado “proposição de 1967 sobre o psicanalista na Escola” (1967/2003), ele sustentou a posição de extraterritorialidade da psicanálise, desde sua intensão a uma extensão. Portanto, naquele momento foi possível exemplificar a ampliação da atuação de um psicanalista para um mais além do *setting* tradicional, o consultório particular, para outros espaços na cidade. Assim, por que não seria possível pensar um ouvidor com formação psicanalítica na instituição hospitalar pública? Quais seriam os efeitos para o usuário do SUS e para a instituição?

Isso posto, no final da década de 1960 e início dos anos 1970, Jacques Lacan se serviu daquele contexto político na Europa, o movimento proletário, para pensar a política que interessava a psicanálise seria uma política do campo do gozo. Portanto, ele passaria do campo da linguagem para o campo do gozo e da função da fala para a função do ato (QUINET, 2021). Para Braunstein (2010) essa concepção lacaniana foi uma tentativa de articular uma possível compreensão da subjetividade de uma época, como poderia ocorrer numa escuta clínica e nos processos históricos. Até então, segundo Braunstein (2010, p. 146),

[...] nunca antes a psicanálise havia tido uma ferramenta tão precisa para analisar situações, tanto de sua própria clínica quanto da articulação dela com os processos históricos que envolvem a subjetividade. O ponto de partida era da realidade discursiva e o discurso admitiu uma concisa definição: era “laço social”.

Após essa concepção, nos anos 1970, Lacan com a sua teoria dos discursos ele chancelou a posição de que na política é de gozo que se trata no laço social através dos agentes

de discursos, uma regulação do gozo pelos discursos. No hospital, como seria a atuação política do psicanalista em tempos de pandemia por COVID-19? Isso será trabalhado no próximo subitem.

Antes disso, a política do psicanalista poderia ser pensada nas experiências dos profissionais com formação psicanalítica fora do *setting* tradicional, via discurso do analista dentre outros operadores nos laços na sociedade. Eles, estruturariam o campo da civilização regulando os modos de gozos, ou melhor, de regulação do gozo pelo discurso. Caberia ao discurso do analista, via seu agente, se posicionaria contra os discursos dominantes com um bem-dizer sobre as falas que ele poderia pronunciar dos ditos e significantes mestres que circulavam na atualidade.

O psicanalista nas instituições operaria não só com o discurso do analista e, sim, com outros discursos que negam a possibilidade de existir uma causa de desejo. Por exemplo, aqueles tratamentos que visam uma adaptação do sujeito em detrimento à sua singularidade, ou outros tratamentos que operariam somente na doença que aquele sujeito porta negligenciando ou rechaçando a fala do paciente em relação ao tratamento que deveria se submeter. No entanto, alertou Quinet (2021, p. 91);

Mas a psicanálise não pretende uma saída individualizada para os mal-estares da civilização. Não há sujeito sem o outro; somos estruturados pelo complexo do próximo, a quem estamos ligados pela demanda, desejo e formas de gozo. Sempre haverá um outro, com sua diferença e sua forma de gozo.

A política do psicanalista, seria então, uma operação na política do mais-de-gozar. Hoje há uma primazia do objeto que funcionaria como condensador de gozo, via *gadgets*, que estaria em jogo na contemporaneidade, por exemplo: um tempo que fala sobre a conectividade 24 horas, a avalanche de notícias falsas nos meios de comunicação pulverizadas a todos cidadãos, o sexo rápido via aplicativos de encontros, dos “amores” líquidos, uma sociedade escópica com empuxo à fama, da mercantilização das vidas e uma planificação da destruição dos dispositivos Estatais a curto e médio prazos via privatização das instituições públicas. Ou seja, um capitalismo generalizado homogeneizando coisas, produtos e sujeitos. Nesse contexto, o psicanalista, com a sua política, apostaria no lugar de agente da emancipação do sujeito para fora de um lugar objetalizado e, conseqüentemente, desidentificado dos significantes que o alienam aos discursos vindos do Outro. E essa atualidade também se via na instituição hospitalar. Não se pôde esquecer que hoje há uma “metamorfose” do mestre contemporâneo em relação ao mestre antigo, segundo Braunstein (2010, p.148):

Tudo começa por uma noção que já é quase convencional e que leva a distinguir entre o *mestre antigo* - que promovia a formação de indivíduos juridicamente regulados em sua relação com o Soberano, súditos obedientes dotados de direitos e deveres – e o *mestre moderno* - quem incita a satisfação direta de aspirações e demandas, roçando e perfurando as linhas de fronteira (*borderlines*) da lei. Um mestre era aquele da repressão e um novo mestre era este, que comanda o gozo. Um novo discurso, variante do anterior, teria emergido há uns três séculos e decretado paulatinamente o ocaso do discurso do mestre clássico. Essa nova modalidade de dominação foi proclamada e anunciada por Lacan em um termo pertinente: *discurso capitalista*.

Assim, no próximo subitem, diante desse contemporâneo, hoje seria imperativo que se investigue aquele que é o discurso do mestre na atualidade: o discurso capitalista. Ainda mais quando o cenário trabalhado nessa pesquisa é uma instituição hospitalar. Um cenário de práticas científicas, um “campo promissor” para a prevalência do discurso capitalista, mesmo sendo, aquele cenário, uma instituição de saúde coletiva.

Digamos, sem dúvida nem pudor, que, no começo dos anos 70, Lacan expôs uma sequência histórica de três discursos: o do mestre, do capitalista e do psicanalista. O sintagma *discurso (do) capitalista* aflora diversas vezes no ensino de Lacan: designa uma transformação do discurso do mestre, como consequência do encontro com a ciências, que se anuncia, mais do que palavra falava, como *escrita* de fórmulas matemáticas e, de modo prático, como *objetos* técnicos que se inventam a partir delas. (BRAUNSTEIN, 2010, p. 149)

Nesse arranjo, o discurso capitalista não visava a um menos de gozo, pelo contrário, ele impunha ao sujeito um empuxo ao gozo, interpelando a ética da psicanálise. Isso não seria diferente em uma instituição hospitalar pública, diante de processos burocráticos que visariam a uma quantificação como metodologia. Optou-se na reflexão se poderia pensar que a saúde coletiva brasileira, SUS, a partir da quantificação e da burocratização da vida humana, estaria inserida perversamente no contexto mercantil como mais um *gadget* oferecido aos cidadãos?

5.3. Psicanálise e a crítica ao discurso capitalista: a ouvidoria não é lugar só de números

Para se refletir sobre essa temática, foi preciso uma investigação sobre aquele que seria o discurso do mestre na atualidade, o discurso capitalista, que se associou a ciência, tornando-a dependente da tecnociência. Considerou-se um hibridismo feito do saber científico e suas aplicações tecnológicas que pretendiam elevar no campo do possível a negação da impotência do discurso quanto a sua impossibilidade. Naquele sentido, a verdade estaria ao alcance de todos e, segundo Miller (2014, p. 21), reestruturada por “[...] dois fatores históricos, dois

discursos: o da ciência e o do capitalismo”. Freud (1919[1918]/1996, p. 180) já havia advertido que seria

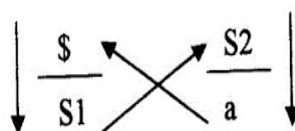
[...] possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda ofertada pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade.

Mas, na atualidade, na contramão dessa previsão de Freud, o acesso ao consumo tem tido efeitos e operado sobre uma forma com que o sujeito lidaria com as suas questões subjetivas no laço social. Parecia que havia um ideal de sucesso atrelado a uma eficiência e a um consumo de formas ilimitados, que operava em todos os setores da sociedade, com o imperativo que buscava os melhores resultados, com instrumentos de quantificação que visavam ao lucro com o menor tempo possível. Afinal de contas, *time is money*.

É cada vez mais difícil escutar o outro, assumir a sua perspectiva, refletir, reposicionar-se e fazer convergir diferenças. Isso se aplica tanto ao espaço público, com suas novas e inesperadas conformações digitais, quanto ao espaço privado das relações amorosas ou amistosas, passando pelas relações laborais e institucionalizadas (DUNKER, 2017, p. 28).

Diante desse contemporâneo, hoje seria imperativo que se investigue aquele que é o discurso do mestre na atualidade: o discurso capitalista. No Seminário 17, Lacan (1969-70/1992, p. 160) não se refere explicitamente a um quinto discurso, mas menciona uma “mutação capital [...] que confere o Discurso do Mestre seu estilo capitalista”. Serão os dois anos seguintes aqueles em que ele constrói esse discurso, no Seminário 18 (1971/2009) e no Seminário 19 (1971-72/2012). Logo depois, na Conferência de Milão, realizada em 12 de maio de 1972, Lacan (1978) irá discorrer sobre o discurso capitalista.

Figura 5 – Discurso Capitalista



Fonte: LACAN, 1969-70/1992, p. 29.

No discurso capitalista, há a ausência de um vetor entre o \$, na posição de agente, e o S₂, na posição do outro. Isso leva a consequências no laço social na atualidade. O endereçamento do S₁, na posição da verdade, ao S₂, na posição do outro, se efetivará por meio

da construção de um saber pela oferta contínua de objetos de gozo. Nesse discurso, é concedida ao sujeito a possibilidade de aceder ao gozo, constatando-se a *Verwerfung* (“rejeição”) da castração numa tentativa, diante da oferta contínua de objetos de gozo, de preencher a falta do sujeito.

O vetor que sai do objeto *a*, mais-de-gozar, em direção ao sujeito barrado, \$, na posição de agente do discurso, indica que o objeto de consumo se torna o que causa o desejo do sujeito. Mesmo de forma imaginária, é facultado ao sujeito driblar a condição da impossibilidade estrutural do acesso à verdade e do objeto que causa o seu desejo. Nesse arranjo, o discurso capitalista não visa a um menos de gozo, pelo contrário, ele impõe ao sujeito um empuxo ao gozo, interpelando a ética da psicanálise. Isso não seria diferente em uma instituição hospitalar pública, diante de processos burocráticos que visam a uma quantificação como metodologia. Poderia pensar que na saúde pública brasileira, SUS, a partir da quantificação e da burocratização da vida humana, estaria inserida no contexto mercantil, como mais um *gadget* oferecido aos cidadãos?

Nesse contexto, o SUS, originalmente concebido para trabalhar sob uma lógica assistencial, não deveria funcionar segundo a lógica capitalista. Entretanto, diante de uma prática que se mede pela produtividade, acabou funcionando conforme essa lógica, isso implicaria na falácia de que a assistência do SUS poderia ser contada e avaliada como um produto ofertado ao paciente para aplacar seu mal-estar. Quando o sujeito coadjuva nesse discurso, ele também passaria a demandar do outro um objeto que tampona a sua falta. Ou seja, diante do encontro com o ouvidor, esse sujeito esperava que sua queixa seria resolvida imediatamente. Isso retrataria uma demanda imaginária de tamponamento do mal-estar a partir do encontro com o ouvidor.

Pensou-se em um ouvidor com formação psicanalítica que não se limitaria ao acolhimento, mas em uma aposta na transmissão de uma particularidade que estava na cena institucional. E como apostar nisso? Talvez, segundo Laurent (1999), sabendo transmitir o que tem de humanidade, o que tem para todos, considerando a particularidade de cada um, propondo uma articulação entre normas e o cidadão. Vislumbrou-se, assim, o advento da política como prática de transformação, desestabilizando a ordem discursiva político-institucional diante do imperativo do discurso capitalista na atualidade, especialmente no além dos afazeres institucionais, sustentada por uma escuta psicanalítica.

Cada discurso, o que Freud chamava a civilização, constrói um tipo de laço social - digamos, um casal-tipo: o mestre e o escravo, o professor e o estudante, a histórica e

o mestre, e depois o psicanalista e o psicanalizando. É verdade que eles não são equivalentes, podem ser denunciados, mas todos fazem laço e servem de recurso contra os infortúnios programados do casal sexual. Não há nada igual no discurso capitalista cientificizado, que não é uma variante do discurso do mestre e constrói apenas um único laço, bem pouco social, entre o indivíduo e os produtos, indiferente que é aos "assuntos de amor", que vai rumo a uma fragmentação e a uma instabilidade crescentes dos laços sociais e deixa os indivíduos sempre mais expostos à precariedade e à solidão. (SOLLER, 2012, p. 208)

Nesse sentido, na cena hospitalar, o psicanalista aposta que no encontro com um outro sujeito, não aquele denominado paciente de uma especialidade médica na instituição hospitalar, mas sim o sujeito que escapa do saber da medicina, ultrapassado o diagnóstico mórbido que ocasionou sua ida ao hospital. Na instituição, o desafio seria driblar aquele discurso que tenderia a camuflar as diferenças e a precariedade da vida em uma política de saúde coletiva, refletindo no ensurdecimento dessas diferenças e levando a uma prática institucional que beiraria uma política totalitária.

É claro que os processos de monopolização da fala não desapareceram, mas a ideologia do direito à expressão triunfa tanto hoje que talvez não haja mais nada a ser ouvido, passado a anedota, a não ser o clamor universal da infelicidade humana, seja ele proclamado ou denegado. [...] Digam o que quiserem, de qualquer modo vai ser sem consequência. "Você conversa, conversa ... ". Derrisão suprema de uma fala empurrada para seu papel de exutório catártico da qual se espera apenas que cuide bem dos sofrimentos do consumidor-eleitor. [...] A mordaza não foi retirada, ela apenas age de outro jeito. Vejo nisso também uma das razões do desenvolvimento sem precedente das técnicas de escuta próprias a acolher as vozes solitárias e em desamparo por falta de achar remédio para isso. Elas têm sua função social, compensatória. Além disso, e sem que o saibamos, aliás, esse novo regime da fala provavelmente se mantém pelo fato de que falar, e até falar inutilmente. é em si um gozo, e um que não custa nada a mais! (SOLLER, 2012, p. 211)

Na contramão desse discurso presente na instituição hospitalar, o ouve(dor), por meio de sua escuta, acolheria os envolvidos na cena e a aposta seria: diante de um Outro totalitário, sustentar uma diferença subjetiva com impactos nos protocolos da instituição. Tais protocolos, em última instância, visavam à gestão e à produção de diagnósticos mórbitos, portanto, mais um na série de *gadgets*, um mais-de-gozar. Diante desse imperativo de um gozo infinito, seria urgente sustentar uma política de resistência a partir das ressonâncias da escuta psicanalítica do um, há um na instituição hospitalar, que problematizaria o mal-estar em uma aposta de que o sujeito se deslocasse da posição de queixa para uma invenção subjetiva.

Entretanto, em toda parte se consome psicanalista. Impossível duvidar desse sinal. France Info, certa manhã: uma psicanalista, de voz e cadência agradáveis como convém para uma tão ampla audiência, distribui frases de simples bom senso, que não vão além das banalidades consensuais, sobre os pequenos fenômenos de sociedade que lhe são submetidos. Por que fazer com que sejam emitidos pela boca de um

psicanalista? Deve-se supor que um enunciado dito por um psicanalista tem uma aura especial, que se saiba ou não? O que assinalaria a presença de uma transferência coletiva. A não ser que seja justo o contrário. Pois, do psicanalista, uma vez posto em série com todos os entrevistados do esporte, da medicina, das catástrofes do momento, dos agressores e agredidos, dos festivais, das feiras nacionais, dos homens da semana, o que resta? (SOLLER, 2012, p. 215)

O que restaria? Nesse sentido, pensou-se ser urgente perguntar: qual seria uma política que revelaria a resistência possível de um agente que utilizaria da escuta psicanalítica na ouvidoria hospitalar? Ao levar em conta que, para Foucault (1978-79/2008, p. 431), “a prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças e que desafios políticos e econômicos eles vêm constituindo até hoje”. Seguindo na trilha foucaultiana como poderia se pensar em um dever de política sobre a vida social na atualidade? Nesse contexto, pensou-se que seria de responsabilidade do psicanalista se responsabilizar sobre uma política para a psicanálise em um cenário institucional público, mesmo em tempos de COVID-19.

5.4. O hospital como espaço psicossocial: um cenário político em tempos, ainda, pandêmicos

A princípio, como já trabalhado no capítulo três dessa tese, se tratava de um agente biológico, era possível pensar estudos dentro daquele contexto: um vírus, uma vacina e um medicamento. No entanto, hoje se constatou quão profundos foram seus efeitos na cultura de uma época e aquele interesse investigativo de origem biológica foi ultrapassado para outros campos do saber. A psicanálise seria um deles. Há muito tempo, o psicanalista já se debruçava sobre as possibilidades de intervenções para além desse *setting standard*. Possibilidades já vislumbradas desde Freud, onde sua invenção não apenas inaugurou, mas, acrescentou um saber que levava a tantos outros atravessamentos na cultura, sobretudo, na transformação de narrativas até então vigentes. Após os estudos freudianos, como já trabalhado no capítulo um dessa tese, a ideia de um sujeito previsível, adaptável, bordejando uma perfeição diante de verdades absolutas não se mostrava mais possível. O saber psicanalítico trouxe reflexões e mudanças para uma cultura.

Diante disso, como já trabalhado no capítulo três, a noção de real no campo psicanalítico acrescentou que ele marcaria uma época diante de eventos pragmáticos como, por exemplo, em tempos pandêmicos. Na Antiguidade, o real estava simbolizado como algo da natureza, uma manifestação que emplacava uma ordem àquela população, comprovada pelo

ciclo das estações e o movimento dos astros. Séculos depois, com a parceria entre o capitalismo e a ciência, iniciou-se o objetivo de tentar tocar esse real e controlar a natureza a partir do saber produzido. No entanto, “[...] o novo século XXI se anuncia, em contrapartida, pelos limites que devem ser colocados à onipotência humana no domínio da natureza” (BIRMAN, 2021, p. 67).

A COVID-19 ultrapassou seu habitat natural, o corpo biológico, ocasionando mudanças no laço social com desdobramentos na contemporaneidade. Então, é imprescindível, ainda, se pensar sobre qual corpo se trata no campo psicossocial, não mais naquela vertente da contagem de mortos e, sim, sob um olhar para os sobreviventes, aqueles cidadãos, corpos vivos, enredados nos labirintos da cidade. Diante disso, seria importante pensar acerca de um corpo para além da concepção biológica, no entanto, sem deixá-la de lado. Afinal, o que seria um corpo vivo na psicanálise. Para Miller (1999, p. 26):

O saber psicanalítico sobre a vida seria, antes de tudo, que há gozo. Em segundo lugar, não há gozo sem vida e em terceiro, na nossa experiência analítica, aprendemos a vida a partir de um corpo. [...] O gozo é uma propriedade do corpo vivo, a única propriedade da qual podemos dizer que temos um saber que é sustentável.

Assim, diante deste esclarecimento milleriano, foi possível perceber que o corpo vivo para a psicanálise portaria uma dimensão do sensível, uma certa relação do significante que vivifica um corpo a partir da fala que o habita. Assim, como já dito anteriormente (Cf. p. 21), Lacan (1972-73/2008) desembocará na concepção do sujeito corporificado, ou seja, levou-se em conta o corpo na constituição da subjetividade. O sujeito passa a ser, nos estudos lacanianos, um ser de linguagem que tem um corpo.

Então, o corpo que interessava à psicanálise seria de certa forma a incorporação de um elemento incorporeal que é o significante (LACAN, 1969-70/1992). Nesse corpo falado, mortificado pelo significante, há um saber do corpo e sobre o corpo, a partir da articulação significante, o saber que produz conhecimento, da orientação e regulação em um meio ambiente, ou seja; [...] o saber presente no corpo, cujas fórmulas podem ser escritas no discurso da ciência” (MILLER, 1999, p. 47).

Ademais, seria esse o objeto científico: o corpo, a partir do discurso da ciência se tornou como uma unidade do organismo, um corpo epistêmico e regulado, onde seu objetivo final a partir de ofertas infinitas de consumo propunha uma “homeostase do bem-estar”. Assim, neste contexto capitalista, o real se divorciou da natureza, e se tornou sem lei, sem retorno a uma possível homeostase natural, portanto, uma ordem para sempre perdida. Para Miller (2012, s/p):

Direi que capitalismo mais ciência se combinaram para fazer desaparecer a natureza e o que resta do desvanecimento da natureza é o que chamamos de real, ou seja, um resto, por estrutura, desordenado. Toca-se o real em todos os lados, segundo os avanços do binário capitalismo-ciência, de maneira desordenada, por acaso, sem que se possa recuperar uma ideia de harmonia.

Na pandemia, como observa Miquel Bassols (2020, s/p. tradução nossa),

A experiência do real em que nos encontramos, portanto, não é tanto a experiência da própria doença, mas a experiência desse tempo subjetivo, que também é um tempo coletivo, estranhamente familiar, que acontece sem poder se representar, sem poder se nomear, sem poder se contabilizar. É esse real que interessa e que trata a psicanálise. A dimensão de sintoma dessa experiência acontece sem necessariamente estar habitada pelo próprio coronavírus, apenas pelo discurso que tenta dar sentido a sua irrupção na realidade como efeito da pura lei da natureza.

Natureza e capitalismo, mais do que nunca, têm gerado efeitos. Assim, seguindo nas trilhas de Freud (1930/1996, p. 94), “[...] a humanidade efetuou um progresso extraordinário nas ciências naturais e em sua aplicação técnica, estabelecendo seu controle sobre a natureza de uma maneira jamais imaginada”. No entanto, a pandemia fez parar, ou forçar a frenagem de um consumo acéfalo da sociedade capitalista. O cidadão foi forçado a ficar em casa, e isso gerou uma redução ao acesso a mercadorias e vendas de forma geral em todo mundo num primeiro momento. O medo se instaurou numa realidade nova para todos e que poderia ser mortal para milhares, como se viu concretizar. Para Souza (2021, p. 36):

Como de costume nesses casos o pânico e a falta de informações esclarecedoras causaram sérios efeitos sobre a população. Houve uma corrida aos supermercados e drogarias por causa dos amedrontadores boatos de escassez de gêneros alimentícios e de produtos de higiene. As mídias sociais se desdobravam em vão para obterem alguma nova e alentadora notícia, porém, o que se via era desorientação e medo reproduzido e aumentado pelas redes sociais e a divulgação de “*fake news*”. As medidas tomadas pelos governantes e autoridades de saúde pública em âmbito mundial foram: a costumeira quarentena, ou seja, isolamento social, o *lockdown* (confinamento), seguidos as medidas profiláticas de praxe (higienização constante) com a insistente necessidade do uso de máscaras.

Naquela realidade, o distanciamento social e a experiência de confinamento se desdobraram de modo subjetivo para cada cidadão, bem como de forma coletiva, uma vez que com o estrangulamento das instituições de saúde, não era possível atender a todos ao mesmo tempo. Desta forma, o pânico estava instaurado. Para Moreira (2006, p. 75), corroborando Freud em “Psicologia de grupo e análise do ego”:

O pânico, seja individual ou coletivo, é ativado frente a uma situação de desamparo, na qual o sujeito ou os sujeitos vivenciam o aproximar de um perigo, que pode

corresponder ao aumento real de perigo ou à irrupção de um perigo imaginário. Mas “[...] a magnitude do perigo não pode ser a responsável [...]” pelo pânico (FREUD, 1921/ 1996, p. 122). No único ponto de sua obra em que se dedica explicitamente a comentar o fenômeno do pânico, Freud (1921/1996) defende a tese de uma continuidade estrutural entre o pânico da multidão e o do indivíduo.

Afinal, na pandemia, não havia leitos hospitalares disponíveis para todos ao mesmo tempo. Isso posto, a psicanálise convidou a pensar, sobretudo em tempos pandêmicos, a invenção desse sujeito no coletivo, na cultura. Se o sujeito foi construído, como foi visto no capítulo um desta tese, a partir da sua entrada na linguagem no campo do Outro, então, a concepção do sujeito seria um efeito do social. E na instituição hospitalar quais foram os efeitos de um tempo pandêmico para os atores enredados naquele contexto?

5.5. Cena 3:

R, 35 anos, com dificuldades motoras, em tratamento oncológico para adenocarcinoma associado a síndrome de Lynch, chegou à ouvidoria, apresentou-se pelo nome próprio, de forma cordial, e pediu “uma ajuda”. O ouvidor o acolheu e perguntou o que tinha acontecido. R, informou que gostaria de “reclamar sobre a mudança do local da coleta de sangue”, por quê? “A gente tem que ficar em pé do lado de fora, o local fica cheio, debaixo de sol e chuva, aglomerados e com o risco de pegar COVID”. R, disse não entender o porquê da mudança, e solicitou que a gestão hospitalar “volte ao local anterior, onde era coletado o sangue, lá era bom”. O ouvidor inseriu a reclamação no sistema informatizado finalizando a formalização da queixa, encaminhando à gestora da unidade.

Logo após, R, mesmo com a manifestação já formalizada no sistema, continuava a discorrer sobre a sua percepção e sugeriu algumas mudanças no fluxo dos pacientes oncológicos para a coleta de sangue. Verbalizava sobre sua experiência como gestor de uma empresa de informática e como a rotina hospitalar poderia ser “melhorada”. O ouvidor, após escutá-lo questionou se as mudanças sugeridas já tinham sido levadas aos gestores do laboratório hospitalar [setor responsável pela coleta de sangue]. R, respondeu que não. O ouvidor fez uma outra questão: e como as pessoas irão saber das suas propostas se você ainda não conversou com ninguém? R, sorriu e disse: “mágica não existe né”?! Fim do primeiro atendimento.

Dias depois, a ouvidoria recebeu uma resposta contradizendo as considerações do paciente, com informações “em consonância com a normatização vigente” e não refletiu em mudanças na instituição, pelo menos naquele momento. Paciente retornou à ouvidoria no mês seguinte, dizendo que não concordava com a resposta fornecida pelo setor hospitalar. O ouvidor

o acolheu novamente, e inseriu uma nova reclamação no sistema: “questiono a resposta fornecida em minha manifestação anterior, enfim, qual é a lógica disso, o paciente sentar em um outro setor [urgência], receber uma senha, e ao ser chamado pelo funcionário, se deslocar ao ambulatório para realizar a coleta de sangue. Depois, retornar à urgência e aguardar a consulta oncológica que fica em outro setor dentro do hospital [oncologia]. Isso não tem lógica! Assim solicito uma reconsideração da mudança em virtude de tais fatos”. Portanto, R, verbalizava sua insatisfação e demonstrava um saber sobre o fluxo do atendimento realizado naquele período.

O setor de coleta de sangue se localizava no anexo do hospital, dentro do ambulatório hospitalar, e as consultas médicas da oncologia se localizava no prédio principal do hospital. Assim, o paciente naquele momento, aguardava ser chamado sentado nas cadeiras do setor de urgência, que se localizava entre o ambulatório e a unidade hospitalar. Portanto, para a uma simples coleta de sangue, o paciente se deslocava por três setores no hospital.

No terceiro atendimento, R, disse que chegou a conversar sobre a mudança com a coordenadora do setor de ambulatório do hospital [novo local da coleta de sangue] e “ela disse que também não fazia sentido, que a alteração foi feita pela coordenadora do laboratório” [responsável pela coleta de sangue].

Vinte e um dias depois, do atendimento realizado na ouvidoria, a manifestação foi respondida e a gestora relatou um histórico institucional dizendo sobre uma obrigatoriedade da legislação sustentada com referências as resoluções governamentais. Para ela, aquilo fundamentaria a mudança da coleta de sangue para o ambulatório hospitalar, sem, no entanto, não demonstrar uma leitura dos argumentos realizados por R.

Segundo a gestora: “a sala que estava sendo utilizada pelo laboratório para a coleta de sangue era da radioterapia, antes da migração para o ambulatório, era provisória e o espaço será utilizado pela oncologia, sem possibilidades de retorno para o mesmo local”. Continua: “[...] o trajeto de deslocamento do paciente do local de espera até a sala de coleta é mínimo, uma vez que os pacientes, atualmente estão entrando na porta lateral do ambulatório”. Parecia que a gestora havia esquecido do perfil dos cidadãos atendidos naquela unidade, em sua grande maioria com dificuldades motoras e um emagrecimento importante, efeitos corporais do tratamento contra o câncer. Por outro lado, priorizou-se a legislação vigente sobre como deveria ser um local de coleta de sangue.

R, retornou à ouvidoria no dia seguinte, após ter a ciência da resposta da gestora do laboratório hospitalar. Verbalizou sobre a sua insatisfação de não ter sido ao menos “lido pela

gestora do laboratório”, mas recusou fazer outra reclamação. Segundo ele, “estou conversando com a coordenadora do ambulatório e ela me disse que está tentando com a direção geral retornar com a coleta para o local anterior”. R., continuava indo à ouvidoria, agora não mais para reclamar, mas sim para falar sobre suas conversas com a enfermeira chefe da quimioterapia e especialmente com a coordenadora do ambulatório.

Meses depois, o fluxo foi alterado e a coleta de sangue passou a ser realizado ao lado da quimioterapia, mesmo de forma “temporária”. Os pacientes não precisavam mais se deslocar até o ambulatório, no anexo do hospital para realizar a coleta. O local da coleta de sangue não retornou ao antigo lugar, no entanto, retornou para o prédio principal do hospital. R., naquela época, também esclarecia para os outros usuários do SUS, que naquela instituição existia uma ouvidoria, explicava para o que ela servia e, “caso quisessem, poderiam procurar o Ronaldo”. Ele dizia que perguntava para outros pacientes: “você concorda com a mudança? Isso tá bom para você? Aquela ação de R. surtiu efeitos, começou a aparecer outros usuários na ouvidoria para reclamar sobre a mudança do local da coleta. Não foi uma ou duas, e sim, algumas manifestações. Mas, apesar da quantidade, a gestora sempre respondia de forma análoga à resposta fornecida a R. Na prática, o fluxo foi mudado, no entanto sem uma formalização ao usuário do SUS via manifestações realizadas na ouvidoria hospitalar.

R. voltava à ouvidoria sempre que era submetido a uma quimioterapia por um período de dois anos e sete meses. Falava sobre suas “conversas com os gestores” com o objetivo de melhorar o tratamento ofertado para os pacientes. Aquela escolha de R. refletiu em uma popularidade dele com os outros pacientes e com os funcionários do hospital. Além da temática do hospital, R. dizia sobre sua vida amorosa e os impactos da doença oncológica na sua vida e com a sua família. Com a pioria clínica, R. passou a utilizar um andador e sempre ia ao hospital acompanhado pela sua mãe. Ao passar na ouvidoria pedia para sua acompanhante esperar do lado de fora que queria “conversar com o psicólogo” [ouvidor].

Sabidamente com o avanço da doença, a limitação do tratamento foi falada a ele pela equipe médica. Naquela época, a única saída seria o uso de uma medicação de alto custo, seria uma tentativa [segundo o discurso médico] para “prolongar” mais um pouco sua vida.

R., diante de um saber que o apavorava, iniciou uma busca pelos seus direitos governamentais. Buscou um profissional do Direito e, conseguiu vencer na justiça a liberação de medicamentos de alto custo com o objetivo, segundo ele de “continuar vivo”. R. lutava pela vida, não apenas a dele, mas também pelo tratamento digno aos pacientes que estavam ali, no hospital, com ele, de certa forma um ato político.

Assim o fez, utilizou tal medicamento por alguns meses, mas o resultado não foi o esperado... a doença avançava pelo seu corpo. R. nitidamente em sofrimento psíquico, foi encaminhado para a psicologia no ambulatório hospitalar, pelas enfermeiras da quimioterapia. Lá ele realizou algumas sessões com a profissional, no entanto, não voltou mais ao ambulatório. Na época, justificava que “não é necessário eu ir lá, quando preciso de desabafar venho aqui, eu prefiro”.

Nos últimos meses de vida, decidiu casar-se com a namorada. Estava intrigado sobre a aproximação da morte e com isso havia decidido realizar um sonho da namorada: ser uma mulher casada. Casou e se mudou para a casa da companheira. No entanto, dias depois, com a piora clínica, voltou a morar com a mãe.

O ouvi(dor) questionou o porquê havia tomado aquela decisão. R. respondeu que “minha esposa cuida da mãe dela que está na fase terminal, então não tem jeito dela cuidar da mãe e de mim. E minha mãe já sabe de todo o processo da doença, está comigo desde o início. Resolvi voltar. Ronaldo, as dores estão insuportáveis e agora apareceram mais nódulos em outras partes do meu corpo”.

R. passou a se internar para realizar controle de dor com regularidade. Nas internações, pedia para falar com o ouvi(dor), no entanto, os atendimentos eram sempre para dizer que estava acionando a equipe sobre a necessidade que tinha naquele momento. Em uma das internações, pediu ao médico para liberá-lo em uma sexta-feira porque queria assistir um jogo de futebol no próximo domingo e que na segunda de manhã voltaria ao hospital. Questionava: “será possível isso? O que você acha? O ouvi(dor) respondeu: quando o médico retornar verifique com ele se há essa possibilidade. R sorriu e disse: “tá bem, mas se ele não liberar eu vou fugir do hospital e volto na segunda”. Foi, assistiu ao jogo e na segunda de manhã, retornou ao hospital. Por lá ficou mais alguns poucos dias, acompanhado pela mãe, recebeu visitas que ele autorizava a vê-lo e em uma manhã faleceu. Sua mãe, foi à ouvidoria, chorosa, intenso sofrimento psíquico, verbalizou sobre o percurso do tratamento e quem era o filho dela sem a doença, dizia que “você não o conheceu, ele era alegre e cheio de vida, a doença foi matando-o bem depressa. Tentei de todas as formas salvá-lo, aguentei tudo por causa dele. Fiz o que dei conta”, chorava copiosamente.

Na instituição hospitalar, parecia que não se estava lidando unicamente com descobertas, invenções ou proposições no campo científico, mas sim com dispositivos (FOUCAULT, 1976/1998) e sistemas discursivos que afetavam o sujeito em sua subjetividade e no seu cotidiano. Portanto, parece essencial considerar o mal-estar que se faz presente

cotidianamente nas instituições de saúde como sintoma que põe em cena o sujeito do inconsciente, marcando o que não vai bem e a necessidade de mudança na forma como o laço social foi estabelecido.

Dessa forma, acreditou-se que a consideração pela singularidade do sujeito, cuja relevância a psicanálise não se cansou de apontar, constituía o polo imprescindível com o qual as ações humanizadoras no SUS precisavam ser dialetizadas para recolocar em movimento o desejo de realizar algo novo e inédito.

Os servidores do hospital, ultimamente, descobriram que a ouvidoria também poderia ser acionada por eles. Anteriormente, era comum uma fala que sinalizava, geralmente, um medo de alguma denúncia na ouvidoria sobre o trabalho deles, porque isso iria “atrapalhar” e teria uma repercussão ruim na instituição, conseqüentemente também para eles. Por outro lado, quanto iam, eles tinham a demanda de reclamar ou denunciar pacientes/familiares. Diziam: “por que eles podem falar da gente e a gente não pode reclamar deles?”. O ouvidor acolhia e explicava que a ouvidoria não ia realizar uma manifestação contra um paciente/familiar, se eles quisessem se manifestar e, consideravam que realmente tinham sido agredidos ou alguma situação mais séria, eles deveriam chamar a polícia e realizar um boletim de ocorrência, no entanto, isso não acontecia.

Atualmente, quando chegam a ir à ouvidoria, o ouvi(dor) acolhia e tentava, como uma aposta, que os servidores se implicassem com o mal-estar verbalizado. O que eles tinham a ver com aquilo?

5.6. Cena 4:

Servidora, enfermeira da Unidade de Emergência, chegou à ouvidoria. T. perguntou como seria o atendimento, onde a manifestação seria feita, quem iria respondê-la e o tempo de resposta. O ouvidor respondeu sobre a dinâmica do serviço e perguntou se queria falar algo. T. respondeu que queria, mas não sabia o que seria melhor fazer naquele momento. Da mesma forma que chegou, ela saiu. Parecia curiosa com o trabalho que realiza ali, na ouvidoria hospitalar. Esse foi o primeiro atendimento.

No seu outro plantão, buscou a ouvidoria mais uma vez. Pediu para fechar a porta da ouvidoria, “não quero que me vejam aqui”. O ouvidor questionou e T. respondeu que “para mim, é melhor desse jeito”. [porta permanecer fechada] Naquele dia T. dividiu uma cena sobre o seu trabalho na urgência hospitalar. Verbalizou sobre um atendimento que tinha participado

com um paciente oncológico no setor de urgência onde trabalhava: “ele chegou com sangramento, foi avaliado pela médica e internado”. Disse que o paciente estava sangrando muito e aquilo a preocupava. Verbalizou sobre sua prática hospitalar, somente naquela unidade hospitalar já possuía mais de dez anos de experiência com atendimentos em “setores críticos”.

T. continuava a verbalizar sobre a cena hospitalar, chorava e dizia “ele foi piorando, o sangramento não cessava, os dados clínicos dele também não estavam bons. Ele foi sangrando, e sangrou até morrer, igual um porco”. Ela verbalizou a cena com sofrimento e angustiada, relatou sua expertise técnica, durante o atendimento na ouvidoria repetia a frase “o paciente estava sangrando igual a um porco, tinha sangue por toda a sala”. Após rememorar a cena sobre o paciente que “sangrava igual um porco” pediu ao ouvi(dor) para continuar em outro dia, porque tinha que retornar ao setor de urgência para trabalhar. Fim do segundo atendimento.

T. retornou à ouvidoria dias depois, “Ronaldo, você lembra daquele caso que o paciente sangrou muito, sangrava igual um porco?”. O ouvi(dor) respondeu que sim, ele lembrava. T. dizia que naquele plantão, onde recebeu o paciente que sangrava muito, havia uma indicação de realizar um exame médico que se chamava “endoscopia digestiva alta”. Segundo T., era para avaliar a causa do sangramento, conforme tinha discutido o caso com a “médica plantonista”. Relatou que a unidade hospitalar não conseguiu fazer uma endoscopia, devido a falta do profissional apto para realizar o exame, depois ela começou contar uma série de “problemas assistenciais” no setor que ela trabalhava, na urgência hospitalar. Mais uma vez, disse que precisava voltar para o seu posto de trabalho, assim finalizamos o terceiro atendimento. O ouvi(dor) consentiu e verbalizou que estava ali, na ouvidoria, caso tivesse alguma dúvida sobre o trabalho da ouvidoria hospitalar.

T. retornou à ouvidoria, quarto atendimento. Entrou na sala da ouvidoria, como de costume, “posso fechar a porta?”. O ouvi(dor), consentiu. “Ronaldo, não consigo tirar da minha cabeça a lembrança daquele paciente que sangrou até morrer, igual um porco”. O ouvi(dor) questionou, “por quê”? T. respondeu “ninguém quer colocar sua cara a tapa, as coisas aqui cada vez estão piores e quem paga o pato é o paciente”. Como assim T., questionou o ouvi(dor). “O hospital é uma referência em endoscopia digestiva alta, é uma referência no município de Belo Horizonte, onde temos que atender todos que necessitam, 24 horas por dia. Mas, não temos equipamentos suficientes e muito menos médicos capacitados para esse tipo de atendimento”.

T. verbalizava sua preocupação na assistência dos pacientes e o risco de acionamentos judiciais de toda a equipe, não só devido à falta de médico especialista; como também, “a convivência da equipe de enfermagem”. Diante do verbalizado o ouvi(dor) questionou qual seria

a participação dela na cena hospitalar e o que ela poderia contribuir naquele cenário. T. disse que ia pensar e voltaria depois.

Quinto atendimento: T. chegou na ouvidoria, fechou a porta e disse: “Ronaldo, quero fazer uma denúncia”. O ouvidor acolheu e perguntou sobre o que era. T. disse que havia conversado com a equipe e que tinham decidido realizar uma denúncia em nome da enfermagem, sem autoria de algum servidor e entregaram para o ouvidor. A carta foi transcrita no sistema informatizado, classificada como denúncia e atualmente essa manifestação se encontra na controladoria do Estado.

Diante de tal cenário, T. entregou uma carta à ouvidoria, assinada como “equipe de enfermagem”. Na carta, T. denunciava “a elevação da taxa de mortalidade relacionada a iatrogenias nesta unidade”. Ela relatou minuciosamente atendimentos feitos com dois pacientes graves na unidade de urgência do hospital e analisava os motivos que, segundo ela, vinham ocorrendo no setor: “falta de qualificação da equipe médica diante à assistência a pacientes críticos; dispêndio de recursos pois os insumos utilizados na assistência aos pacientes na sala de observação oncológica não são faturados; falta de recursos humanos e recursos necessários para caracterizarem referência como porta aberta para hemorragia digestiva; não há na unidade serviços necessários, para caracterizarem referência como porta aberta, materiais sucateados na unidade e há apenas um ventilador mecânico em péssimas condições de uso”. T. termina a carta questionando: “mais quantos pacientes perderão suas vidas, por omissão dos entes públicos? Logra-se apenas em números de atendimentos?”.

Após a inscrição da manifestação no sistema informatizado, dias depois, o hospital deixou de ser uma referência no atendimento a pacientes que necessitam de endoscopia com urgência, deixou de ser uma porta aberta para esses casos clínicos.

T. retorna à ouvidoria, sexto atendimento e disse: “Ronaldo, você não está na assistência, mas você salvou vidas”. O ouvi(dor) respondeu: “quem está na assistência sou eu ou você? Ela sorriu, fechou a porta da ouvidoria e disse: “porque o hospital deixou de ser referência de casos de urgência que remete a algo que exige a existência de uma endoscopia”. Agradeceu e retornou para o seu setor de trabalho.

Por fim, a manifestação de denúncia não foi respondida até a presente data, se encontra na controladoria do Estado e sem previsão de resposta. No entanto, após essa manifestação, a gestão hospitalar, realizou modificações no atendimento, capacitação de profissionais, contratação de médicos e o fim da referência hospitalar para atendimentos de urgência nos casos de hemorragia digestiva alta. Percebeu-se que, a manifestação foi lida e solucionada, na medida

do possível, mas a servidora, ou melhor, a equipe de enfermagem, espera até hoje uma resposta, isso há quase dois anos.

T. não voltou mais à ouvidoria e tampouco questionou a resposta da manifestação. Foram alguns atendimentos até a entrega da carta. Constatou-se um efeito institucional de alteração dos fluxos, talvez um efeito no particular, agente de transformação ou a constatação que continuam objetos desse Outro. Afinal, a manifestação está sem resposta oficial. O que aconteceu com essa servidora? Como ela subjetivou as mudanças na instituição? Não se soube! Mas, sua ação teve efeitos políticos no hospital. Pôde-se pensar em um efeito extraoficial, de um efeito de um ouvidor com formação em psicanálise na instituição pública, tendo em vista, o uso que os servidores vêm fazendo da ouvidoria: um dispositivo de transformação. Uma escuta que possibilitou uma ação política, um ato político.

Após essas duas cenas, adicionadas ao trabalho, foi possível pensar que o psicanalista pode estar em qualquer lugar na cidade: consultórios, hospitais, penitenciárias, escolas, ou qualquer tipo de instituição, desde que, com o seu desejo, ele se faça presente na cena. Onde há resistência, há um sujeito. Seria urgente não recuar: os psicanalistas podem sair dos consultórios e propor ações na cultura, nas instituições de saúde, enfim, nas cidades, pois os “[...] problemas políticos pedem ações políticas, suas resoluções não serão encontradas em um divã” (SAFATLE, 2020, p. 9).

E finalmente, sustentar o aforismo lacaniano de que “o inconsciente é a política”, e não o contrário, é colocar o inconsciente no destino da *pólis*. É apostar no sujeito que emerge como corte na cena, entre o dito e o dizer que opera no laço social. A partir do *Um*, fazer ecoar a singularidade em espaços públicos. Por mais devastadora que seja a operação da lógica capitalista, é impossível excluir o real da condição humana.

Hoje, é imperativo que o psicanalista no cenário institucional, mais além do *setting standard*, opere como um agente político nos laços sociais. Caberia a ele, operar pela via dos discursos se posicionando contra aqueles discursos dominantes e pragmáticos que excluem a falta e a castração de todos os seres falantes com os seus significantes mestres que circulam na contemporaneidade. Nesse contexto, o psicanalista, com a sua política, apostaria no lugar de agente da emancipação do sujeito para fora de um lugar objetalizado e, conseqüentemente, desidentificado dos significantes que o alienam aos discursos vindos do Outro, como foi demonstrado nas vinhetas institucionais, de forma contingente, nesse trabalho.

No próximo capítulo, o último, escolheu-se pensar a psicanálise como dispositivo nômade e o seu operador, o analista, como objeto portátil. Nele pretende-se analisar a hipótese

principal desse estudo sobre os efeitos do atendimento diferencial na ouvidoria coordenada por um ouvidor incorporado, com formação em psicanálise ao propiciar um espaço de escuta em uma ouvidoria hospitalar pública.

6. PSICANÁLISE E SAÚDE COLETIVA: UMA ESCUTA DOS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO NA OUVI(DOR)I(A) HOSPITALAR

Neste capítulo, o último, pretendeu-se alinhar a temática da tese com uma aproximação entre a instituição hospitalar e as subjetividades dos atores envolvidos na cena. Diante disso, foi pensada uma elucubração da hiância que operaria na articulação entre o contingente (encontro com um ouve(dor) com formação psicanalítica), o necessário (direitos e deveres do cidadão na saúde coletiva brasileira) e o impossível (cessar o mal-estar) na cena hospitalar ante a presença de um ouvi(dor).

Isso posto, naquele espaço institucional, seria importante colocar em funcionamento uma articulação entre algo da ordem do necessário e do contingente; sem perder de vista o impossível da condição humana. Assim, como já se sabia, sempre existirão riscos, especialmente num cenário institucional, onde geralmente se presentificava uma posição imaginária – um Outro totalizador e autoritário (governo estadual) – no contexto de saúde coletiva brasileira e que há anos vem sendo sucateada. Perguntou-se: seria possível frear aquele imaginário e na instituição sustentar outras saídas objetivas e subjetivas que levaria em conta a dignidade humana? Isso seria uma aposta na intervenção de um psicanalista na cena hospitalar.

Naquele contexto, não se pôde deixar de lado o fato de que a transferência, como um conceito fundamental da psicanálise, também se fez presente como uma bússola no manejo de uma escuta na ouvi(dor)i(a) hospitalar. Portanto, a transferência, mesmo no contexto institucional, implicaria o praticante da psicanálise numa cena desconhecida. Isto porque cada ator integrante ali - paciente, acompanhante, familiar ou servidor - estabeleceria naquele encontro contingencial algo inaugural, nomeado no campo psicanalítico como uma certa restauração do mais singular de cada um.

No entanto, não se pôde deixar de levar em conta que, na instituição, a transferência ocorreria com esse Outro e em um segundo momento, numa possibilidade, com o ouvi(dor) hospitalar. Ali se previa a invenção de um servidor público com formação psicanalítica, numa experiência construída ao menos do encontro entre o ouvi(dor) e o usuário do SUS decididos ao trabalho com a presença de seus corpos na cena hospitalar.

Como pensar os efeitos desse encontro contingencial na instituição? E qual seria o semblante que permitiria uma outra cena ser criada dentro da ouvidoria hospitalar pública? Esse seria o objetivo principal: a transmissão de um *setting* inaugural no campo psicanalítico.

Ademais, um ouvi(dor) implicado na sua formação psicanalítica se responsabilizaria naquela possível transferência de trabalho – outra.

Enquanto se vivia esta realidade de trabalho descrita, testemunhou-se, num dado momento, uma situação de risco de desestruturação do que era público para uma gestão privada, como vai se ver adiante. Aquilo denotaria um retrocesso político já vivenciado no período militar brasileiro, antes da constitucionalização do SUS no final da década de 1980.⁹ A investida do retorno a uma gestão privada, pelos gestores públicos, estaria sob um posicionamento comum que seria imprescindível no discurso Outro de uma proteção imaginária da restituição da falha.

Essa situação já foi presenciada em outras instituições hospitalares públicas no Estado de Minas Gerais. E no HAC, não seria diferente. Afinal, está em tramitação na Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais via Projeto de Lei nº 2127/24,¹⁰ uma votação para autorizar a administração pública por uma empresa privada na gestão hospitalar. O instrumento Legal nomeado como Serviço Social Autônomo de Gestão Hospitalar (SSA GEHOSP), que visaria um avanço, segundo o governo, na gestão do hospital público, traria melhorias na qualidade e na brevidade dos procedimentos médicos prestados à população brasileira. No entanto, tal investida do governo vem sendo questionada, não só por alguns políticos e sindicatos profissionais, mas também pela sociedade civil.

Assim, existiria uma aposta diante desse Outro que parecia ir contra as esferas da administração pública e estaria a serviço do capital, sobretudo um não querer saber da criação de espaços de discussões com os envolvidos na cena hospitalar pública. Na contramão daquela investida, o autor desta pesquisa apostou na criação de um espaço na instituição, corporificado na ouvidoria hospitalar numa aposta que forjaria uma condição de porosidade (ZYGOURIS, 2013), de reconhecimento das falhas institucionais sabidamente existentes para todos.

Diante disso, o capítulo seguiu numa sustentação de que a ouvidoria hospitalar poderia operar, de certo modo, como espaço de conversações com o objetivo de construir o reconhecimento do erro, da falta e de algo que mancava. Algo novo poderia surgir, para mais

⁹ As políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado. Com esse objetivo, ampliaram a compra de serviços pela previdência e facultaram incentivos fiscais às empresas, para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários – são os convênios empresas. Os definidores dessas políticas objetivavam também a privatização de parte dos serviços médicos estatais, então considerados inadequados por não serem lucrativos. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.17-18)

¹⁰ Link do Projeto de Lei n. 2127/24: <https://www.almg.gov.br/projetos-de-lei/PL/2127/2024#:~:text=Resumo%20Estabelece%20a%20cria%C3%A7%C3%A3o%20do,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS>

além de uma normatização burocrática, ou seja, agenciadores de discursos. Lacan (1969-70/1992, p. 35) questionava: “Se o analista não toma a palavra, o que pode advir dessa produção fervilhante de S_1 ? Certamente muitas coisas”. Numa aposta de “muitas coisas” acontecer a partir daquele encontro do usuário com o ouvi(dor) na instituição, por exemplo, tratar o outro como sujeito, isso denotaria um caráter subversivo daquele servidor público que também operaria com o discurso do analista. No entanto, segundo Lacan (1969-70/1992), não pretendia nenhuma solução, mas efeitos, afinal a divisão intrínseca é posta para todos os seres falantes. O sujeito que se reconhece barrado, $\$$, seria um sujeito ativo, inventivo, criativo, questionador e em movimento. Ademais, não estaria pronto e acabado; com a presença de sua falta, de sua incompletude e com as impossibilidades editadas no cenário hospitalar.

Assim, no encerramento do capítulo optou-se em dialogar sobre a ideia do psicanalista como objeto nômade e psicanálise como uma instalação portátil, decantada da noção lacaniana de laços sociais. Ou seja, pensou-se na presença do psicanalista como aquele que ouve(dor). O psicanalista como semblante de objeto a , na sua vertente de causa de desejo; questionando as dimensões do coletivo e do singular numa instituição hospitalar pública. Uma ouvi(dor)i(a) como dispositivo de transformação psicossocial que abarcaria uma economia pulsional engendrada desde o acolhimento do usuário do SUS até o advento de uma escuta dos modos de subjetivação.

Por fim, definir o espaço da ouvidoria hospitalar a partir da escuta psicanalítica, permitiria interrogar-nos de forma mais ampla sobre o lugar do analista. Miller (1999) em uma entrevista reafirmou justamente que Freud havia inventado um novo objeto, alguém que seria capaz de ocupar esse lugar de objeto, “substancialmente do objeto a ” (LACAN, 1969-70/1992, p. 44), encarnando sua função lógica – efeito de rechaço – de causa de desejo. O psicanalista ocuparia no discurso um lugar que lhe é próprio, o de objeto. Um lugar paradoxal que combinaria a função de agente com a de objeto. Um objeto singular, pois permitiria a um outro experimentar-se a si mesmo como sujeito, como ser falante, no entanto, que não sabe o que quer, nem o que diz, ou mesmo a quem se dirige, portanto, submetido às leis do inconsciente. O ouvi(dor) operaria orientado pelo discurso do analista saberia de antemão que sua posição como objeto a desse outro, como causa de desejo: o a como agente que acionaria a divisão do sujeito na ouvi(dor)i(a) hospitalar.

6.1. A noção de objeto na psicanálise freudo-lacanianana

Nesse momento, não se pretendeu explicar em sua totalidade ou ao menos, aprofundar na noção de objeto defendida no campo psicanalítico freudo-lacanianano. Isso ultrapassaria os objetivos propostos na construção da tese. No entanto, seria necessária uma breve introdução sobre a noção de objeto no campo psicanalítico, para depois discorrer sobre o psicanalista como objeto portátil (MILLER, 2009) corporificado em uma instituição hospitalar pública.

Isso posto, foi possível localizar no percurso freudiano, uma premissa no processo de constituição da subjetividade a partir da teoria das pulsões ocorrida na segunda metade da década de 1910. Segundo Merea (1994), o aparecimento do que seria sujeito para a psicanálise, como já explicitado no primeiro capítulo desse trabalho, poderia ser acrescentado que só foi possível a partir da noção de objeto nos estudos freudianos, haja vista que tal processo de subjetivação estaria intimamente alinhavada com os objetos no seu laço social, assim, o sujeito era definido por sua historicidade (LACAN, 1953/1998). Perguntou-se: essa noção poderia ser pensada como um objeto psíquico ou também um objeto externo presente na realidade social?

Tal problemática, forjou uma eleição com um recorte na teoria freudiana construído a partir de uma aproximação à teoria das pulsões como uma fundamentação do processo de constituição da subjetividade. Mas, por que isso seria interessante para essa tese? Uma tentativa de aproximar, via estudos freudianos, uma articulação no primeiro momento entre sujeito e objeto no cenário hospitalar e, no segundo momento, já nos estudos lacanianos, apresentar a possibilidade do psicanalista operar como um objeto portátil (MILLER, 2009) no mais além do *setting* tradicional, por exemplo, na cena hospitalar.

A noção de objeto em psicanálise seria possível pensá-la por diversos recortes, principalmente considerando que não há um artigo específico nos estudos freudianos, e sim, via discussões clínicas ao longo de sua obra. No entanto, o campo psicanalítico, desde seus primórdios, esteve interessado com a questão do objeto, do sujeito com seus objetos que foram traduzidos por diferentes impasses, sofrimentos e construções subjetivas para todo ser falante.

Nesse sentido, foi possível pensar que a noção de objeto em Freud pôde ser demonstrada especialmente, como já foi dito, vinculada à pulsão, os objetos das pulsões. Em “Uma lembrança infantil de Leonardo da Vinci” (FREUD, 1910/1996), “Introdução ao narcisismo” (FREUD, 1914/2010) e especialmente em “Luto e melancolia” (FREUD, 1917/2010) foi possível constatar a sustentação freudiana de que o surgimento de objetos, sobretudo os de identificação seria essencial na assunção do sujeito pela via da identificação primária. Para

Green (2000, p. 9), o objeto em Freud seria “[...] polissêmico, existe sempre mais que um objeto e, como um todo, eles cobrem vários campos e realizam funções que não podem ser abarcadas por um só conceito”. Corroborando os esclarecimentos de Green (2000), a teoria freudiana sobre a noção de objeto foi apresentada por variadas possibilidades que denotariam um vasto uso do significante objeto. De acordo com Coelho (2001, p. 39):

Objektwahl (escolha de objeto), *Determinierung des Objectwahl* (determinação da escolha de objeto), *Identifizierung als Vorstufe der Objektwahl* (identificação como grau elementar da escolha de objeto), *infantile Objektwahl* (escolha de objeto infantil), *inzestuöse Objektwahl* (escolha de objeto incestuosa), *homosexuelle Objektwahl* (escolha de objeto homossexual), *Anlehnungstypus der Objektwahl* (escolha anaclítica de objeto), *narzisstische Objektwahl* (escolha narcísica de objeto), *Objektfindung* (encontro do objeto), *Objektbesetzung* (investimento de objeto), *Objekt-Libido* (objeto de libido), *Objektriebe* (objeto de pulsões), *Objektliebe* (objeto de amor), *Objektwechsel* (troca de objeto), *Objektwerbung* (recrutamento do objeto), *Objektverzicht* (renúncia do objeto), *Objektverlust* (perda do objeto), *Objektvermeidung* (ato de evitar o objeto) e *Mutterbrust als erstes Objekt* (seio materno como primeiro objeto).

Assim, ante a teoria freudiana, o primeiro objeto desencadearia um tipo de modelo para as relações objetais futuras. Vejam: “[...] existem, portanto, boas razões para que o ato de uma criança sugar o seio da mãe se torne o protótipo para toda relação de amor. Encontrar um objeto [*die Objektfindung*] é na realidade reencontrá-lo” (FREUD, 1905/1972). Segundo Nicéas (2013, p. 56),

A teoria freudiana de uma experiência originária de satisfação perpetua o retorno de um prazer mítico como esperança ancorada em toda busca de um objeto presente transitoriamente no momento de cada satisfação, o objeto renovaria a ilusão de uma saturação definitiva do desejo, para sempre tributário de uma falta.

Naquele cenário, Freud (1915/1996) considerava como características principais sua variabilidade e a contingência; ante ao trabalho psíquico de cada sujeito. Para Rabinovich (2009, p. 9), existiram três dimensões do conceito de objeto na obra freudiana: sua articulação teórica é variável, assim como a ênfase diferencial de Freud sobre algumas delas, ênfase que se organiza em função dos problemas específicos de sua prática e de sua teoria que em diferentes momentos tenta resolver.

Portanto, colocaria em cena a noção de objeto em Freud que ultrapassaria os limites de uma cena socialmente construída na realidade, e ao mesmo tempo seria, subjetiva, consequentemente, psíquica. Assim, foi pensado que o objeto não seria fixo, e tão pouco pré-determinado. Ou seja, algo do contingente entraria em cena, o objeto, consequentemente, seria variável e indeterminado. Em um dos artigos sobre as pulsões, Freud (1915/1996) considerou

que a pulsão não estaria ligada a algum objeto determinado; sendo assim, ele seria o mais variável na pulsão. Isso poderia ocasionar como um dos efeitos a permanência pulsional ante a falta de um objeto adequado, dessa maneira, para sempre perdido. Isso sinalizaria um desamparo originário para todos os seres falantes.

Mais tarde, em “Luto e melancolia”, Freud (1917/2010), discorreu sobre a noção de identificação. Para ele, seria uma função da perda de um objeto – da realidade ou do imaginário - o sujeito passaria a conviver com uma identificação daquele objeto perdido. Assim, abriria a possibilidade para se pensar sobre a noção de objeto para um mais além do psíquico e esboçaria uma ideia de um processo de introjeção do objeto, via identificação (primária) como algo essencial na construção do processo de subjetivação. Em outras palavras, o sujeito passaria a reiterar, a forjar uma presença do objeto, mesmo na condição de ausente, de perdido.

Por suposto, na década de 1920, Freud (1926/2018), quando apresentou o desamparo como uma condição humana, considerou que isso aumentaria o valor do objeto. De certa maneira ele, o objeto, iria contribuir ao sujeito no seu processo de subjetivação. Isso seria importante para demonstrar que, a partir dos estudos freudianos, mais tarde, Lacan levaria à construção do objeto *a* apresentada no seu ensino.

Assim, os estudos freudianos explicitariam como uma condição impossível do encontro, ou melhor do reencontro, ente o sujeito e o objeto. Foi possível decantar de sua obra, no campo psicanalítico, que o sujeito se constituiria diante de uma perda original. Ademais, a noção de objeto em psicanálise, contraditoriamente, era marcada por uma incompletude, por uma falta. Em vista disso, seria possível pensar a posição de um psicanalista como a incorporação de um objeto nômade, de alguma forma, com a criação de um espaço, de um *setting*, de um dispositivo, de um encontro do sujeito com a sua falta traduzida como insatisfação na instituição hospitalar?

Como pôde ser visto, inicialmente, Freud fundamentou essa temática sobre a falta a partir do encontro inaugural do sujeito com o objeto. Pois, a assunção do sujeito, segundo ele, surgiria a partir do narcisismo, do qual um primeiro tempo se inscreveria no investimento da libido no próprio corpo, tomado como objeto, na própria imagem, uma alienação fundante que antecederia a entrada do sujeito na linguagem.

Por outro lado, como será visto a seguir, Lacan fundamentou a temática explicitando um percurso em que o objeto deveria ser, antes, construído. Lacan nomeou como objeto pequeno *a* efeito de uma construção lógica que sinalizava um furo, do encontro com a falta do objeto. O objeto *a* foi definido, nos estudos lacanianos (LACAN, 1962-63/2005), como um

objeto não nomeável, um objeto presente-ausente, um objeto que poderia ser causa do desejo e que adquiriu uma crescente importância em sua obra.

Lacan (1962-63/2005), no seu Seminário 10, sairia de uma prevalência do simbólico para o real. Naquele momento do seu ensino, sustentou uma nova dimensão de objeto *a*: uma dimensão real como efeito de corte, exemplificados desde cada estágio pulsional - os seios, os dejetos, o olhar, a voz e o falo. Tal função de corte, sinalizaria a extração do objeto e como consequência a sua queda, ou seja, dependendo da predominância de um ou do outro estágio na constituição do desejo e, assim, do sujeito como marca fundadora.

Lacan inventou o objeto *a*, foi um avanço na teoria freudiana das pulsões, como uma tentativa para discorrer sobre um objeto a partir do vazio desse objeto faltoso. O objeto *a* sinalizaria um resto não interpretável, contudo, operaria em direção a causa de desejo.

O objeto causa do desejo é o que Lacan denomina objeto *a*, ou seja, o que do gozo resiste à significação. Dito de outro modo, o corpo é a sede do gozo pelo fato de ser tomado pela linguagem, mortificado pelo significante e por ele esvaziado de gozo. Existem resíduos que escapam a essa operação: os objetos *a*, razão pela qual Miller pôde dizer que os objetos *a* de Lacan correspondem à zonas erógenas de Freud. (VIVAS, 2008, p. 49)

Diante disso, o dispositivo psicanalítico apostaria em uma separação do objeto *a* do Outro. Assim, via estudos lacanianos, era possível sustentar uma diferença entre a constituição do sujeito e o campo do Outro. Neste sentido, desde sua entrada na linguagem, o ser falante numa tentativa de alcançar uma experiência de satisfação, talvez, assim, se afastaria do estado de desamparo radical que o localizaria como dependente do Outro. Dessa forma, não se pode esquecer que a regra fundamental do dispositivo psicanalítico seria: fazer falar. Ou seja, um tratamento do real por uma via do simbólico, dito no encontro com um praticante da psicanálise na ouvi(dor)i(a) hospitalar.

Dito de outro modo, no atendimento psicanalítico, seria possível constatar os efeitos dos significantes e das palavras sobre cada sujeito. Mesmo assim, eles não dariam conta de tudo, algo escaparia à linguagem. O impossível de ser dito entraria na cena psicanalítica, ou seja, revelaria a dimensão do objeto enquanto faltante. Portanto, a noção de objeto não ser furtaria em uma experiência psicanalítica. Apesar de que a função do psicanalista seria fazer falar, o que colocaria em questão de causa para um sujeito seria a falta no saber, algo que resistiria a uma significação, ou seja, o que Lacan (1962-63/2005) chamou como objeto *a*. Simonetti (2008, p. 13) esclareceu:

Lacan, quase de modo freudiano, chega a captar o que escapa, disfuncional e as palavras não dizem; trata-se do que se impõe como modos de gozo que não são reabsorvidos nos ditos; do que “se sente”: afeto que afeta o corpo; libido que se ordena pelas formas de gozo recortadas das pulsões: objetos *a*.

Essa invenção lacaniana na cena psicanalítica teria como um dos efeitos uma convocação aos psicanalistas para uma investigação sobre o investimento do sujeito com sua própria satisfação exigida pela pulsão, conforme já visto e sustentado no estudo freudiano. Uma satisfação completa que jamais iria se realizar. Logo, cada sujeito estaria confinado a uma busca permanente. Para Lacan, tal busca seria um mais além da satisfação da pulsão, seria, segundo ele, uma busca do sujeito por uma causa, a causa do desejo, que seria sempre errático e indestrutível. Assim, Lacan (1962-63/2005), sendo impossível de se satisfazer, naquele momento do seu ensino, aproximou o inconsciente a um aparelho de gozo que visaria em última instância uma procura do seu objeto. Miller (2005, p. 13) esclareceu que:

Lacan especializou progressivamente o termo gozo para qualificar a satisfação dita inconsciente, a satisfação da qual não se sabe. De tal forma que aqui, neste nível, nada de falta, mas sem dúvida podemos extrair de Freud a noção de que o funcionamento do que ele chama de aparelho psíquico conduz, invariavelmente à insatisfação. Porém, ao mesmo tempo, encontramos nele a demonstração de isso goza sempre.

Assim, conforme os esclarecimentos millerianos, no ensino de Lacan foi possível pensar que a noção de gozo poderia ser utilizada na reflexão dessa satisfação particular, no entanto, de forma paradoxal, alcançada por um sujeito em consonância e entorno do objeto numa aposta de satisfação. Miller (2005, p. 14) continuou:

Lacan nos convida a pensar que se nos intrometemos nesse sistema que funciona tão bem, que se mantém, é porque o “estado de satisfação deve ser retificado” no nível da pulsão. Isso é crucial. Trata-se de saber como a experiência da falta-a-ser constituída pela fala, será suscetível de obter que o estado constante de satisfação seja retificado.

Sobre a problemática do objeto na teoria freudo-lacaniana, como pôde ser visto, de um lado como objeto perdido e, por outro, sua incidência à questão do ato. Assim, a noção de objeto poderia ser sustentada pela teoria das pulsões e como um fundamento da psicanálise enquanto ciência. Ela teria uma função móbil entre teórico – prático / pulsional – clínico cujo o efeito seria a assunção do sujeito com seus modos de gozos inicialmente perdidos.

Nesse construto, entre \$ e o objeto *a*, nos seus diferentes e diversos aspectos no desejo de todo ser falante ($\$ \diamond a$), tenderia a um efeito de balança. Ele bordejaria uma tentativa de elaboração do vazio. Na prática, o desejo de cada ser falante não se afastaria na dinâmica da teoria pulsional freudiana. O autor considerou o vazio como um objeto inacessível, mas, no

entanto, com uma possibilidade de ser contornado, tangenciado. Por exemplo, na teoria do nó borromeano lacaniano viu-se no centro o “a”. Esse “a” também poderia ser trabalhado como o “a” como agente do discurso do analista. Tal passo, retrataria sobremaneira a modalidade do discurso e sua relação com o real, de um resto, de um dito ou o que restaria a dizer. Resíduos de gozos.

Isso posto, após esses esclarecimentos freudo-lacanianos sobre a noção de objeto e a construção do processo de subjetivação por um sujeito, foi feita a seguinte questão: qual seria a forma de se pensar a materialidade corporal, uma estrutura corporizada do sujeito falante sempre em movimento, um migrante convertido em nômade na instituição hospitalar pública?

6.2. A psicanálise como instalação portátil: uma defesa da subjetividade no entremuros da cidade

Pensar a psicanálise como um objeto versátil, nômade e se servir do desprevenido com um psicanalista incorporado e presente ante à escuta do mal-estar seria um desafio na instituição hospitalar. Para Braidotti (2000), o nômade não era a falta de um lugar e muito menos simplesmente um deslocamento repetitivo; seria uma configuração de um sujeito que tinha escolhido renunciar a ideia de algo pré-estabelecido ou normativo. Para a autora, o nômade era um efeito, uma figuração e evidenciaria o desejo de uma expressão feita de transições, de deslocamentos sucessivos e descontínuos, sem uma unidade ou um eixo condutor.

Portanto, o nômade era alguém que cruzava fronteiras, com o ato de ir, independentemente do sentido da viagem, estava sempre em movimento. O nômade pode ser entendido como algo que se aproxima de um vetor de desterritorialização, não classificável, não redutível, não cristalizado. Ou seja, representa uma crítica que resistiria a obedecer a um estilo culturalmente codificado que tenderia a excluir as saídas singulares. O que definiria o nômade, segundo Braidotti (2000), seria a subversão às convenções pré-estabelecidas, uma tentativa de distanciamento das normas sociais por via de fluxos intempestivos e potentes.

Nesta mesma direção, para Hornstein (2013) seria possível pensar em uma psicanálise sem fronteiras, nômade, conquistando territórios. Esse dispositivo se constituiria nas bordas da clínica e da teoria; cujo um dos objetivos não seria apenas recuperar o existente, mas produzir, inserir na cena institucional, o que nunca esteve ali: a subjetividade. Constataria uma multiplicidade de práticas, no entanto, “sem pretender uma técnica monocórdica” (HORNSTEIN, 2013, p. 72).

Isso posto, tentou-se delinear, a partir de uma prática institucional que levaria em conta a psicanálise freudo-lacaniana, uma experiência social da psicanálise: desde a escrita até uma escuta clínica; também da intervenção via discurso até o trabalho institucional. Dunker (2013, p. 19) alertava que tal prática estaria intrínseca a um reconhecimento de risco na sua inserção no social, haja vista que “[...] transforma-se em um problema de instrumentalização de meios e obediência a regras de forma que a própria psicanálise se vê questionada senão inviabilizada”.

O que se propõe é uma inovação de um praticante da psicanálise, que operaria em uma estrutura de Banda de Moebius; ou seja, a exterioridade e a interioridade se separariam em cada ponto, mas vistas em sua totalidade isso poderia se confundir, uma psicanálise nômade e de modo autônomo, ademais não endereçada a um lugar único (KUPERMANN, 2013, p.47).

O saber psicanalítico está cada vez mais presente não apenas nas várias instituições públicas ou privadas dedicadas aos cuidados com a saúde, mas também em instituições referidas à educação, à justiça, e mesmo à governabilidade, o que exige que repensemos os modelos da formação psicanalítica oferecidos orientados principalmente para o atendimento individual em consultório particular. [...] os analistas estão, hoje em dia, presentes em muitos lugares, enfrentando os desafios do mal-estar contemporâneo e dando provas de seu saber e de sua prática de várias formas o que é muito bem-vindo. Afinal, a psicanálise é um objeto demasiado importante para ficar restrito aos psicanalistas (*stricto sensu*).

Segundo Hornstein (2013, p. 69), dever-se-ia insistir: uma psicanálise limitada à sua prática não poderia senão degradar-se em um pragmatismo empobrecedor, assim como uma psicanálise “teórica” degeneraria em um jogo de engenho, equiparável a palavras cruzadas ou a um divertimento matemático. Nesse sentido, seguindo na trilha de Hornstein (2013), o psicanalista operaria como um trabalhador comprometido e disposto a escutar um outro. Ele não incorporaria uma função imparcial, nem tão pouco não participaria da cena ali construída, mesmo quando o cenário era uma instituição hospitalar pública. Ele pagaria com seu próprio corpo, na cena ali construída, do experimentado, do vivido no/do corpo tomado pela palavra na ex-sistência. Uma psicanálise colocada em marcha, via um psicanalista diante de um outro querelante no *setting* hospitalar provocaria um efeito do que fazer diante do mal-estar, uma provável produção de saber.

No campo psicanalítico freudo-lacaniano, todo ser falante, por um lado, ante ao seu inconsciente pode construir formas ao seu processo de subjetivação; por outro, todos estariam afetados pelo real da pulsão. Assim, seria imprescindível reconhecer o produto da palavra com um corpo, e conseqüentemente cada um criaria uma forma para lidar com divisão estrutural no percurso da vida. A psicanálise, via a oferta da palavra, vai oferecer instrumentos para o

enfrentamento do real como uma aposta de encontrar alguma sustentação objetiva e subjetiva diante do mal-estar inerente à vida humana. A psicanálise nunca pretendeu fornecer saídas generalistas que poderiam estar disponíveis a todos os seres falantes. Pelo contrário, ela ante ao seu arcabouço teórico-clínico de intervenção psicossocial de forma particular, para cada ser falante, trabalha a construção de uma forma que chegue a bordejar o real e com isso ligar com o modo de gozo de cada um, mesmo estando em uma instituição hospitalar.

A proposta de Miller (2009) foi pensar a psicanálise na instituição, e criação um lugar de escuta analítica, chamado de Lugar Alfa, um mais além da escuta, um lugar de respostas via mediação do praticante da psicanálise. Ao receber o usuário do SUS na Ouvi(dor)i(a) hospitalar, uma fala revelaria novos sentidos, ao incluir o saber do inconsciente, uma produção de mutações. Mas qual seria esse saber? Seria importante localizar qual era o sujeito que se referia no campo psicanalítico ao aproximá-lo de um termo tão importante para os psicanalistas e suas consequências numa instituição pública de saúde: o inconsciente como instrumento de responsabilização dos sujeitos integrantes na cena institucional.

Isso posto, não seria interessante para poder avançar neste estudo, no campo psicanalítico, o afastamento entre inconsciente e responsabilização. Ante ao percurso freudiano, onde pôde-se localizar que o inconsciente seria construído por traços que marcaram uma história de vida e se inscreveram na memória, vide sua primeira tópica. Assim, a posição de Freud aproximaria a metapsicologia do empirismo científico positivista. O sujeito ficaria numa posição determinada por algo inscrito em seu inconsciente, como quando se busca a causa de uma doença médica via pressupostos biológicos cientificamente conhecidos. Assim, o inconsciente freudiano não abarcaria uma totalidade. Em seu artigo “Análise terminável e interminável”, Freud (1937/1975) afirmou que seria impossível que um analisante escapasse por completo da sua exigência pulsional, ficaria sempre um resto. Haveria algo indizível que paradoxalmente convocaria o sujeito a um posicionamento.

Mais tarde, com Lacan, a psicanálise se interessaria via uma responsabilização de cada sujeito com um ponto de não saber. Ou seja, o sujeito da psicanálise escaparia à razão, no entanto, isso não tiraria sua responsabilidade por suas ações. Isso que foi a tônica deste estudo: que o usuário do SUS estaria implicado de forma responsável por suas ações, mesmo quando o cenário se tratava de uma instituição, com atores ali presentes, fossem eles servidores, pacientes, familiares ou acompanhantes.

Todos ali também eram sujeitos do inconsciente que buscavam satisfações pulsionais e que interfeririam nas mudanças de gestão e dos atravessamentos com os pacientes (ONOCKO-

CAMPOS, 2012). Afinal, não haveria “um sujeito do inconsciente possível de se desenvolver em uma cápsula hermeticamente isolada do seu meio cultural e social” (p.13). Tal responsabilização não seria construída em consonância com os ideais institucionais e muito menos com o ideal de saúde proposto pelo discurso científico, por exemplo, da medicina. Naquele cenário, a escuta da singularidade permitiria ao menos localizar, de forma particular, as invenções dos sujeitos para lidar com o impossível de subjetivar: o real.

No campo psicanalítico não há uma garantia de que determinado *setting* fosse mais conveniente em detrimento a um outro *setting*, isso não garantiria um ato analítico, ou simplesmente uma experiência psicanalítica. Miller (2009) propôs uma ideia de “lugar alfa” para o dispositivo psicanalítico operar numa instituição. Para ele, as consequências da presença de um psicanalista não se dariam a partir de um *setting* standard e muito menos de um público específico, por suposto do desejo de um praticante em sua experiência de formação.

Para o autor, a formação de um psicanalista permitiria ao praticante estar no laço social, forjar possibilidades e atos analíticos numa posição de objeto nômade em um contexto institucional. Esse lugar, considerado como alfa nos estudos millerianos, iria possibilitar uma acolhida da fala do sujeito e aquilo retornaria de forma invertida como um saber inconsciente de que ele ignorava ser a sede, um exemplo do circuito pulsional apresentado por Freud nos seus artigos sobre a metapsicologia. Aquele sujeito reafirmaria ou mudaria para outras escolhas e teria um efeito de satisfação no laço social, ao considerar que o praticante da psicanálise se localizaria como objeto alfa e participaria na cena como uma conexão direta com o social e suas manobras institucionais evidenciariam, finalmente, que a energia mental não renunciaria à realidade social de cada um.

Ao falar, o sujeito assumiria uma questão que o tocava particularmente. Ali, o que não era escutado na instituição poderia ser dito, numa ultrapassagem de uma possível inibição, um medo ou qualquer outra resposta sintomática particular. Diante de um psicanalista, um operador do Lugar Alfa no hospital, houve provocações no encontro pontual com cada sujeito, numa tentativa de reconectá-lo ao laço social presente na instituição, mas de outra forma. Aquilo era um dispositivo de acolhimento e mediação dentro da instituição onde a singularidade pudesse se inscrever. Minimamente aquilo causaria um desconforto, no cenário hospitalar, delimitado por um simbólico que estaria ancorado por normas e práticas preestabelecidas. Tal incômodo, denunciaria a criação de um lugar vazio, onde o particular se inscreveria com as suas relações com o saber a partir do encontro contingencial com o ouvi(dor).

6.3. A construção de um dispositivo nômade na instituição hospitalar

Na instituição hospitalar, acreditou-se que todos estão de passagem, ou seja, nenhum sujeito seria um nativo do hospital ou estaria em uma condição fixa. Entre chegadas e partidas, todos ali presentes se encontram numa posição de migrantes, de extimidade, de estrangeiro na cena institucional. O hospital representa um cenário em movimento, onde a vida e a morte se fazem presentes. Nesse sentido, pretendeu-se aproximar a noção de sujeitos nômades com a subjetividade neste contexto.

O que se busca se refere a um ato a partir de uma investigação e uma legitimação do Um na instituição. Uma escuta do sujeito que transitava no entremuros, com sua história e questionava ao seu modo, sempre particular, normas da instituição; ou seja, uma ação crítica ante a esse Outro. Em contrapartida, o ouvi(dor) com o seu ato, se propunha sustentar uma transformação naquele contexto: uma cena reconstruída ante aos encontros, experiências, interações dos atores ali presentes; que de outro modo, dificilmente encontrariam um lugar de acolhimento fora da ouvi(dor)i(a) hospitalar. Esta proposta na forma de lidar com o outro representava uma saída criativa, uma aposta de que algo novo iria surgir na instituição hospitalar a partir de uma materialidade corporal do sujeito.

O hospital como um cenário de transição com os atores em cena iria requerer uma negociação constante. Na prática, o ouvi(dor) se movimentava numa ação da criação de uma nova cena, de um terreno ficcional, êtimo, a partir de uma contingência, de uma narrativa e, por que não de uma mudança. De um setor institucional, a ouvidoria hospitalar passaria a ser um dispositivo psicossocial – ouvi(dor)i(a) hospitalar: uma aposta na transformação de vidas no aqui e agora. A ouvidoria foi palco e testemunha de ações politicamente potentes e de incrementação de agenciamentos de discursos realmente ouvidos e escutados. Aquilo refletiria numa crítica da cena vivenciada na instituição que geralmente formatava uma subversão de um lado e de outro, a repetição de uma impotência - quando o sujeito permanecia numa posição de objeto desse Outro - ante aos modos operantes e burocráticos hospitalares.

Dito de outro modo, o usuário do SUS ao questionar o que se passava na cena hospitalar abriria uma possibilidade de uma ação política que abordaria simultaneamente questões acerca do particular, do caso clínico de algum paciente; e questões relativas ao universal, sobretudo relacionadas às normas da instituição, como foi visto no decorrer dessa tese. Portanto, entraria em cena um sujeito agenciador de discurso e não mais um objeto do Outro, numa ação crítica que provocaria uma possibilidade de transformação e/ou mudança subjetiva e objetiva na

instituição. Esta ação estava impulsionada por uma vontade de furar ou ao menos inserir uma porosidade no universal, uma ilusão performativa de unidade e de domínio com uma força incompreensível, que ocorria na cena hospitalar e, logicamente, atravessava a subjetividade dos sujeitos ali presentes. Essa era uma guerra constante testemunhada na ouvi(dor)i(a).

Assistir-se-ia um sujeito migrante entre objeto e agente de discurso via uma performance que poderia concatenar diferentes atores e vivências dentro da instituição pública; com múltiplas localizações subjetivas que poderiam impactar nos protocolos hospitalares e de sobremaneira no andamento particular de cada tratamento verbalizados na ouvi(dor)i(a) hospitalar. Esta proposta pode ser vista como uma atualização dos discursos ocorridos no laço social proposto nos estudos lacanianos. Naquele cenário, o hospital passaria a ser um território de decodificação e interpretação circundantes no social e no entremuros da cidade com os seus significantes de um lado, e do outro, carregados de anônimos em movimentos, em trânsito. Mas, no entanto, algo comum fazia laço: uma busca por lugares de resistência ética-política-social ante as posições hegemônicas de exclusão do processo de subjetivação. Segundo Bhabha (1998, p. 240),

[...] a contingência [do encontro entre o ouvi(dor) e o usuário do SUS] como tempo significante de estratégias contra-hegemônicas não é uma celebração da “falta” ou do “excesso”, ou uma série autoperpetuadora de ontologias negativas. Esse “indeterminismo” é a marca do espaço conflituoso, mas produtivo, no qual a arbitrariedade do signo de significação cultural emerge no interior das fronteiras reguladas do discurso social [laço social no hospital].

De certa maneira, está em marcha, na ouvi(dor)i(a) hospitalar, um processo de subjetivação que prevê como resultado um agenciador de discursos na instituição. Aquilo alcançaria um modo de operação não hegemônico e não excludente das diferenças humanas, com a presença do ouvi(dor), no caso a caso. O ouvi(dor) com formação psicanalítica apostou numa ação que teria algo novo, algo inaugural, do Um na instituição: uma visão substantiva do sujeito desde seu registro discursivo e material da subjetivação presentificaria a potência no estabelecimento de variadas conexões, de laços sociais no enfrentamento a uma posição rígida do Outro institucional ante as normas hospitalares. Tal problemática, na ouvi(dor)i(a), ocorreria a assunção do sujeito via transformação, como trabalhado nesta pesquisa, de um objeto da ciência, de manipulações tecnológicas para uma proliferação de discursos com formas de saberes que enlaçariam: subjetividade, política e desejo. *Che vuoi?* Que processo de subjetivação se previa ao ofertar um espaço de escuta na ouvidoria hospitalar? Poder-se-ia apostar em um corpo subjetivado e como uma das consequências uma mudança institucional?

Um corpo que passaria de um objeto anatômico para um corpo desejante, diferenciado, um organismo vivo com a sua relação com a linguagem, e conseqüentemente na interação com os atores presentes na cena hospitalar? Para Rabinovich (2009, p. 177),

Toda produção linguística pode ser considerada a partir de dois ângulos: como uma série de frases ou enunciado, ou como um ato no curso do qual as frases se atualizam, quer dizer, a enunciação ou situação discursiva. Esta última se refere, estritamente, não há problemas contextuais, mas aos elementos do código da língua cujo sentido varia de acordo com as diferentes enunciações, dado que depende de determinados fatores. A linguística, precisamente, conservará a marca do processo de enunciação no enunciado.

Após esses esclarecimentos, recorreu-se a Rabinovich (2009), que cita que no contexto institucional entraria em cena uma outra performasse dos integrantes ali presentes: um sujeito que não se repetiria nos demais, uma posição política sobre suas vontades ante ao Outro institucional e a responsabilização ética da expressão, ou seja, discursiva. Para Bhabha (1998, p. 259):

A contingência do sujeito como agente é articulada em uma dupla dimensão, uma ação dramática. O significado é distanciado; o entre-tempo resultante descerra o espaço entre o léxico e o gramático, entre a enunciação e o enunciado, no intervalo do ancoramento dos significantes. Então, de repente, esta dimensão espacial intervalar, este distanciar-se, converter-se, na temporalidade do “lançar” que iterativamente (re)torna o sujeito como momento de conclusão e controle: um sujeito histórica e contextualmente específico [singular].

Assim, com aquela proliferação de discursos com seus agentes vivos corporizados na cena hospitalar, algo novo poderia surgir e surgiu como foi visto nas vinhetas institucionais apresentadas ao longo desta tese: uma posição do sujeito ante sua própria mensagem, num tempo singular, ocorrido nas idas e vindas no hospital: um entre-tempo (BHABHA, 1998). Segundo Rabinovich (2009, p. 180) “[...] a cadeia significativa tem duas conseqüências ao capturar o sujeito humano, o objeto perdido e o sujeito dividido”.

Uma política da subjetividade tenderia a ultrapassar a impotência e o disciplinamento das normas hospitalares se fazendo presente por uma via de resistência, no entremuros da cidade. Pois, do manejo institucional operado via discurso psicanalítico, surgiria um corpo como superfície libidinal e não apenas como uma anatomia para ser consertada pela ciência, como foi discutido nos capítulos um e dois desta pesquisa. Abriria, assim, uma possibilidade de construção de novos saberes, demonstrados nas vinhetas institucionais apresentadas, e que poderiam se beneficiar não só como um sujeito de forma particular, mas a instituição de forma

coletiva. O que ocorreria seria a criação de responsabilidades como ação ética-política-social. Naquele contexto, qual seria a responsabilidade do ouvi(dor) com formação psicanalítica?

A experiência psicanalítica em uma instituição seria uma possibilidade de construir uma prática pela via dos discursos e de um estilo que cada psicanalista deveria sustentar em relação aos desafios, diferenças, limites e possibilidades do uso do discurso psicanalítico fora do *setting* tradicional. Algo sobre o seu desejo (do psicanalista), sua implicação, sua inserção êxtima no contexto institucional sinalizaria uma possível transmissão em psicanálise por uma via da transgressão.

6.4. O psicanalista como objeto nômade na ouvidoria hospitalar pública

O psicanalista numa posição nômade previa uma prática de diálogo na instituição hospitalar, por suposto, uma posição de mediação. Ali, ele mediaría uma ação, uma escuta que provocaria uma torção, de que a queixa se transformaria em uma questão para aquele sujeito. Assim, na medida que o ouvi(dor) estivesse como um objeto esvaziado, ele, o usuário, poderia voltar naquele lugar menos acusador e algo poderia acontecer: uma transformação, um tecido de subjetividade nas redes da instituição. Seria mister recordar que no circuito pulsional, o sujeito bordejaria o objeto, no campo do outro, e retornaria para si, com alguma interrogação, com seus restos. A ouvidoria estaria como um depósito de restos, de produção, de fazer algo com o que restava, que escaparia do ideal institucionalizado do Outro.

Ali, ocorreria uma mediação entre o simbólico e o real, que desembocaria numa dimensão de causa para cada um, corporificado na ouvi(dor)i(a) hospitalar. Ela funcionaria como um prelúdio da causa do desejo, como esclareceu Rabinovich (2009, p. 117):

Este real sem possibilidade de mediação prepara o lugar do objeto *a* como real, causa de desejo. Sem dúvida, este real sem mediação opõe-se à noção de causa que acaba de ser definida como o que possibilita uma mediação entre o simbólico e o real. [...] Podemos deduzir que essa mediação impossível surgirá depois com a função da causa em sua articulação com desejo, função que Lacan definirá a partir do dito incomensurável. A falta de mediação deste real se deve ao fato de que este escapa ao reconhecimento, que é impossível de ser absorvido por ele, ponto de separação que o desejo introduz no sujeito na medida que a perda do seu objeto o torna inacessível.

Naquele contexto, mediar com ações seria uma aposta que algo ali, na instituição, poderia surgir, possibilitaria abrir novas conexões e novas narrativas, sobre o que era escutado dos sujeitos ali presentes. Por fim, tais conexões permitiriam um efeito em rede com articulações nos modos de subjetivação. Para Lacan, a mediação já era uma realidade no

contexto clínico sobre as conexões do sujeito com o seu laço social, no entanto, no homem moderno houve uma perda em relação ao homem primitivo. Este tinha uma resposta na imprevisibilidade pela via mítica. Na atualidade, isso não se configuraria. Lacan (1955-56/1985, p. 234-235) esclareceu:

É graças a seus mitos que o primitivo se acha aí dentro da ordem das significâncias. Ele tem chaves para todas as espécies de situações extraordinárias. Se ele se coloca em uma posição declarada tudo, alguns significantes o suportam ainda, os quais, por exemplo, lhe dizem exatamente a forma de punição que sua saída comporta, a qual pode produzir desordens. A regra de impõe seu ritmo fundamental. Quanto a nós, estamos reduzidos a permanecer muito medrosamente no conformismo, tememos nos tornar um pouquinho loucos logo que não digamos exatamente a mesma coisa que todo o mundo. É essa a situação do homem moderno.

Após esses esclarecimentos lacanianos, na atualidade, os homens modernos destruíram as mediações. Portanto, no campo da linguagem como diria Lacan: o sujeito seria constituído no campo do Outro, ou seja, os modos de existir engendrariam subjetividades.

Assim, a aposta seria no aparecimento de formas de resistência, por diferentes estilos, como foram vistos nas vinhetas apresentadas, ante a esse Outro. Por outro lado, uma posição nômade abriria uma possibilidade de se afastar da rigidez das normas institucionais que não antevia o particular e muito menos a singularidade dos atores presentes na cena, e interviria a partir da fala do sujeito presentificado na ouvi(dor)i(a) hospitalar. O ouvi(dor) com formação psicanalítica escutaria esse outro que geralmente seria colocado em uma posição minoritária, ou excluída nos desdobramentos no tratamento hospitalar, uma posição de resto, de dejetos. Na ouvidoria hospitalar, era sustentada uma ética das diferenças: ação e responsabilidade. Tal marca de resistência poderia dar efeitos, no mínimo, de pensamentos críticos e transformadores.

O psicanalista como objeto nômade se conectaria e circularia pelos discursos presentes na instituição, sempre em movimento, numa posição orgânica, viva, inquieta e em marcha na escuta transgressora e mutável na crença de fazer avançar laços que levassem em conta a dignidade humana, a constituição de vínculos, de coalizões e redes de enfrentamento da inflexibilidade e a linearidade das operações institucionais verticalizadas.

Os modos de existir, ainda que não levados em conta, geralmente na instituição, sinalizariam sempre de forma particular, seres em transformações. Como seria isso? Existir em algum espaço na cidade pressupõe um atravessamento do modo de existir dos outros que perpassam no laço social: o Um como condição essencial para cada sujeito existir. Lacan considerava nos seus estudos a impossibilidade do advento do sujeito sem a presença do Outro, claramente numa referência do inconsciente estruturado como linguagem, o ser enquanto outro.

Ou seja, o sujeito se apresentaria a partir do seu encontro com outros modos de subjetivação no laço social via continuidade e descontinuidade; diferença e repetição; alteridade e mesmidade nas redes intrínsecas na cultura, e por suposto dentro dos entremuros na instituição. Portanto, todos na cultura estariam fadados ao encontro com o novo. Isso abriria uma chance de repensar o vivido, de forma particular, que não seria a continuidade daquele fato no presente, um entre-lugar (BHABHA, 1998).

Um entre-lugar (BHABHA, 1998, p. 20) forneceria “[...] o terreno para a elaboração de estratégias de subjetivação - singular ou coletiva – que dão início a novos signos de identidade [novos posicionamentos] e postos inovadores de colaboração e contestação”. Seria um lugar da ausência no centro da estrutura, de um centro que não existiria, seria um não lugar e isso, segundo o autor, teria como um dos efeitos uma dessubstancialização. Um esvaziamento de algo vivido abriria uma brecha no presente via descontinuação passado-presente; uma interrupção da cena vivida e a inauguração de algo novo e inesperado; um entre-lugar. Como esclareceu Bhabha (1998, p. 27):

O trabalho fronteiro da cultura exige um encontro com “o novo” que não seja parte do *continuum* de passado e presente. Ele cria uma ideia do novo como ato insurgente de tradição cultural. Essa arte não apenas retoma o passado como causa social ou precedente estético; ela renova o passado, refigurando-o como um “entre-lugar” contingente, quem inova e interrompe a atuação do presente. O “passado-presente” torna-se parte da necessidade, e não da nostalgia de viver.

Esse não lugar, no discurso do Outro na instituição hospitalar, e as estratégias de subjetivação se dariam nesse entre-lugar no discurso que possibilitaria uma nova saída particular. Um lugar das mediações, dos diálogos, dos descontínuos e das conexões promoveriam novos arranjos tanto na instituição como no inconsciente. Não se pode esquecer que o inconsciente se daria para Lacan em um entre-lugar ($S_1 - S_2$), que produziria \$ (sujeito barrado) no mais além do lugar normativo na instituição hospitalar. Lacan (1964/2008) o situou na divisão entre o significante que o nomeia e o que lhe escapa, apontando, assim, para o espaço de atuação das pulsões, que buscam satisfação e que devem ser levadas em consideração na análise das escolhas humanas, uma intervenção nas frestas desse discurso Outro, no entre-lugar. A escuta psicanalítica em uma ouvidoria pública leva em conta o sujeito em questão.

A posição nômade do psicanalista, um *bricoleur* no cenário institucional, faz surgir um caráter de bricolagem possível com um potencial subversivo: o ato de escutar esse outro na ouvidoria hospitalar surge como condução de trabalho.

O *bricoleur*, diz Lévi-Strauss, é aquele que utiliza “os meios à mão”, isto é, os instrumentos que encontra à sua disposição em torno de si, que já estão ali, que não foram especialmente concebidos para a operação na qual vão servir e à qual procuramos, por tentativas várias, adaptá-los, não hesitando em trocá-los cada vez que isso parece necessário, em experimentar vários ao mesmo tempo, mesmo se a sua origem e a sua forma são heterogêneas, etc. (DERRIDA, 1995, p. 239)

Esse significante, bricolagem, veio da língua francesa, *bricoleur* ou *bricolage*, que geralmente designa uma atividade artesanal e privada. O *bricoleur* seria um sujeito que ao invés de buscar um serviço especializado, fez a opção de realizar, construir ou consertar algo em sua própria casa. No Brasil, pode-se pensar em algo como um artesão. Ele utilizaria instrumentos, coisas que até então estariam sem utilidade, elas eram revisitadas e poderiam surgir um novo objeto, onde cada coisa utilizada poderia adquirir um novo uso.

O psicanalista, na função de um *bricoleur*, atua sobre algo que será revisitado, fazendo surgir um novo objeto ou percepção pelo outro, onde ele não recuaria ante a problemática institucional e muito menos hesitaria de inventar novas formas de atuações na cena hospitalar ante a tantos atravessamentos institucionais. O *bricoleur* colocaria em marcha um jogo como um efeito da estrutura da linguagem (DERRIDA, 1995). A ausência de uma estrutura da linguagem que daria conta de tudo refletiria um movimento dos elementos ali presentes por novos arranjos infinitos, numa tentativa de completar algo que faltava na estrutura, um entre-lugar, como já dito; ou um não lugar; onde aconteceria substituições de signos e suas redes de significantes que permitiria uma análise dos discursos ali construídos. Para o autor, isso seria necessário para um avanço, sobretudo, nas ciências humanas; um advento de novas práticas.

Ao pensar no cenário hospitalar e nesse efeito de bricolagem (DERRIDA, 1995), perguntou-se: qual seria a posição discursiva e qual o lugar de enunciação do sujeito que foi até a ouvi(dor)i(a) hospitalar? Como permanecer vivos num espaço onde o domínio dos dispositivos tecno-burocráticos presentes tenderia minimizar a vida como organismos biológicos, manejados de forma mecanizada, calculada e racional de todo corpo vivo?

Percebeu-se que hoje, como foi visto nesta pesquisa, tem-se a possibilidade da transmissão de uma prática institucional realizada por um psicanalista que ultrapassa um *setting* standard e demonstra como seria possível agregar tal prática no panorama atual da psicanálise. Nesse sentido, no contemporâneo, o psicanalista seria convocado a estar transitando nas redes das cidades; ou seja, fora da clínica tradicional. Fato esse que poderia refletir no aumento do campo psicanalítico e consequentemente no número de praticantes.

Naquela realidade, sobretudo em uma instituição hospitalar pública, fez-se necessário manter-se atento à questão epistemológica sobre uma possível inovação da atuação do

praticante da psicanálise que pôde ou não, acrescentar e sedimentar na história do movimento psicanalítico enquanto prática institucional. Para tal, foi escolhido sustentar que o elemento central que definiria a posição do psicanalista seria necessariamente composto por uma radicalidade oposta a uma recorrente tentativa de tamponamento do mal-estar, numa oferta descabida via abordagens que se nomeiam psicoterápicas e/ou terapêuticas. Para Duvidovich (2013, p. 12),

As práticas que se orientam à eliminação do mal-estar se propõem a encontrar fórmula química certa (o remédio certo da Psiquiatria e é sustentada em um marketing magnífico) ou a encontrar fórmula comportamental certa na perspectiva das práticas que propõem uma pedagogia para alcançar o sucesso no amor e nos negócios (como as correntes de autoajuda).

Na contramão dessas ofertas do contemporâneo, o praticante da psicanálise não levaria em conta uma possível generalização, pelo contrário, a escuta se daria sempre na via do singular. “Um analista trabalha mediante sua disponibilidade afetiva e o que, por comodidade, chamamos por escuta” (HORNSTEIN, 2013, p. 75). Nessa temática, existiria uma disponibilidade para escutar “[...] a queixa dos sujeitos que pedem ajuda, ao passo que se trata de fazer disso alguma coisa” (LAURENT, 2022, s/p). Isso não ficaria resumida na manutenção do silêncio, ou meramente ficar quieto e sim, numa posição ética de não julgar, coisificar, diagnosticar prematuramente, para não dizer, selvagememente. A escuta partiria em se colocar a serviço do outro, de sua experiência, de sua singularidade, de um outro único.

O analista assume a responsabilidade da escuta para fazer surgir a presença de um sentido diferente do senso comum, de uma parte do discurso que sempre escapa. A isso se acrescenta a crença do analisando de que o analista tem em seu poder o saber no lugar do objeto demandado. Qualquer demanda implica a escuta, o silêncio da escuta como lugar reservado ao que, naquilo que se diz, excede a intenção. Essa escuta silenciosa vem marcar o lugar do desejo que, no discurso, se ignora. [...] A polaridade fundamental não é mais entre o sentido e a verdade como furo, mas entre as duas faces do gozo: o que é um lugar vazio no discurso e o perfura, mas que se impõe em sua plenitude de opacidade. (LAURENT, 2022, s/p)

No mais, o praticante da psicanálise lançaria em direção ao não saber e ao desconhecido. Isso remeteria ao imaginário, cujo acesso simbólico é delineado no saber de cada sujeito. Por isso, um corpo habitado pela palavra, um corpo em palavra, entraria em cena, numa circulação do indizível. Uma posição ética-política-clínica colocaria em cena uma narrativa “[...] pessoal, teórica, analítica, prática, institucional e social”, uma escuta que levaria em conta o arcabouço teórico do campo psicanalítico freudo-lacaniano, afinal, “a psicanálise é contemporânea ou fracassa” (HORNSTEIN, 2013, p. 67).

Na instituição, o ouvi(dor) se serviria do discurso do analista, ou seja, uma função agenciadora que propunha um vínculo particular: uma convocação da diferença, do ato e da produção do saber possível que evidenciaria o movimento desejante que abarcaria as responsabilidades e os efeitos nos envolvidos na cena hospitalar, suportando o novo e o desconhecido. O trabalho do psicanalista se realiza na fala, numa estruturação subjetiva do sujeito com uma descontinuidade que lhe era própria “para ser decifrado, ou seja, reescrito em outro registro, exige pontuação: supor a determinação das constrições do ciframento que ela desvela (VORCARO, 2004, p. 65).

O psicanalista com a sua ação poderia escutar as subjetividades produzidas naquele espaço institucional. Assim, a partir da fala desse outro, ele utilizaria desse dizer o objeto do seu ato: um agir e a ativação de um dispositivo psicanalítico. Essa ação do praticante da psicanálise poderia forjar uma ruptura, uma mudança tanto para quem falou e foi escutado, também para a instituição onde a cena foi construída. Esse sujeito, que interessaria à psicanálise, estaria dividido em dois campos: objeto e significante.

Ao levar isso em conta, a ação do psicanalista ancoraria na aposta do sujeito dividido, \$, e ao mesmo tempo faria cair o objeto. Isso denotaria um imperativo ético, como esclareceu Freud (1920/1996, p. 75), no final do seu artigo “Além do princípio do prazer”, através de uma citação “[...] ao que não podemos chegar voando, temos que chegar manquejando”. Ou seja, esperava-se que o sujeito se apresente, pelo menos para aqueles de estrutura neurótica. Apostasse no aparecimento do sujeito na cena ali constituída agenciada pelo discurso do analista.

Por outro lado, mesmo fora do *setting* tradicional, em uma instituição hospitalar, operar pelo discurso do analista não excluiria a questão sobre o desejo do praticante da psicanálise. E, mais ainda, a ação do psicanalista na ouvi(dor)i(a) hospitalar colocaria em cena uma aposta da psicanálise em movimento, ou melhor, o movimento psicanalítico. Uma promoção de mudança e consequentemente uma inauguração/ algo novo.

Ali, no cenário institucional, a partir do encontro entre um ouvi(dor) e um usuário do SUS, uma outra cena poderia ser criada, a partir do manejo da escuta ofertado por um praticante da psicanálise; uma oportunidade de se colocar como sujeito de desejo e questionar as deliberações institucionais vindas do campo do Outro. Seria a criação um espaço de questionamentos, uma tentativa barrar esse Outro, e, portanto, surgiria um Outro barrado S A/ (S de A barrado); um menos de gozo desse Outro institucionalizado no hospital público, realizado via ação do Um naquele espaço. Do outro lado, o ouvi(dor) operaria pelo discurso do analista numa aposta que o usuário do SUS encarasse a falta de garantias como algo possível

de mudanças a partir da transferência que operaria naquele momento institucional presentificado na ouvi(dor)i(a) hospitalar: um trabalho de transferência, sinalizado pelo retorno do usuário naquele setor institucional. O que se observa é uma tentativa de reconhecer os buracos, as falhas, o que sairia do esperado, de se haver com o próprio limite, com a sua insatisfação, a partir de sua experiência.

A aposta seria que, com a sua presença, o ouvi(dor) poderia instaurar um vazio; em que se fazia presente uma vontade de falar, uma demanda de falar da dor para que algo pudesse ser bordejado e não ocasionasse, somente, na queixa do usuário ao Outro imaginário encarnado na instituição. O usuário poderia de alguma forma, sempre particular, se implicar naquilo que dói nele que não seria sem a palavra, como esclareceu Laurent (2005, p. 3)

[...] a significação comum da língua pode ser encontrada de uma outra maneira. Ela pode mesmo se tornar inteiramente feita de furos, de palavras novas ou de novos usos das palavras comuns. É possível dizer que, [...], cada palavra é uma letra que está presa em tramas extremamente singularizadas.

Isso posto, ouvi(dor) que operaria orientado pelo discurso do analista saberia de antemão que sua posição como objeto *a* desse outro, como causa de desejo: o *a* como agente que acionaria a divisão do sujeito. Lacan (1967-68, p. 112) esclareceu que “[...] todo discurso produz atos como efeitos”. O praticante da psicanálise funcionaria como semblante de objeto *a*, por uma conjugação de “[...] um ato e um fazer” (LACAN, 1967-68, p. 119) ético-político-social. O manejo psicanalítico seria uma operação com as palavras. Afinal, são elas que possibilitam uma descrição e uma inscrição na cultura. O ouvi(dor) se serviria do discurso do analista demonstrando sua inquietação em reduzir o usuário do SUS como um resto da operação institucional, que geralmente ocasionava um mal-estar naqueles atores presentes na cena hospitalar. Assim, o trabalho era operado com as palavras, propondo torções subjetivas e objetivas que refletiram no tratamento na instituição. Aquela experiência, inaugural servia para compreender como uma escuta psicanalítica poderia ocorrer para um mais além do *setting* tradicional.

O ouvi(dor) com uma escuta de inspiração psicanalítica, apostava na criação de um *setting* que tratava do mal-estar com e na instituição. Ele tentava com a sua escuta desvelar as responsabilidades dos atores – agenciadores de discursos - presentes naquele cenário. Um caminho que foi desde a guerra a uma ação na mudança institucional com orientação ao singular. Fundamenta-se na dignidade como bússola na experiência analítica. Não há conceito sobre o que seria dignidade no campo psicanalítico. Pensou-se sobre a dignidade como

humanidade, como uma política de resistência ante as posições de dejetos, ante a um ponto de basta e no laço social, uma escuta que forjaria uma posição de fazer algo diferente. Deve-se pensar a singularidade como laço! O estilo do laço em última instância é o nosso sintoma.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa foi iniciada com a transmissão de uma reflexão sobre o sujeito da ciência positivista e, propôs uma discussão via subversão psicanalítica, para se pensar sobre a sustentação do psicanalista, que operava predominantemente pelo discurso do analista, em uma instituição hospitalar pública na cidade de Belo Horizonte/ MG. Constatou-se a necessidade de localizar a teoria psicanalítica no campo científico, uma ciência êxtima, uma indicação crucial para a própria comunidade psicanalítica e sua aplicação nos extramuros do *setting standard*. Propôs-se um alargamento do seu lastro com a clara exposição dos fundamentos do método psicanalítico numa investigação científica.

O autor da pesquisa e servidor público, como um operador da psicanálise, na função de psicólogo hospitalar e com um desejo que transcendia a clínica tradicional, enfrentou uma prática psicossocial e política na ouvi(dor)i(a). Aquele cenário foi manejado como um lugar onde o discurso psicanalítico também poderia operar ante ao reconhecimento do outro pelas suas diferenças na instituição.

Todavia, a psicanálise na ouvidoria foi um encontro contingencial e inusitado. Na pesquisa, foi constatado que esse tema era ainda pouco estudado pelos profissionais psis, e no campo psicanalítico até então não tinha sido encontrado nenhum trabalho. Assim, constatou-se uma novidade e uma prática profissional que psicanalistas poderiam enfrentar. A pesquisa foi se construindo e apresentou o setor institucional ancorado em sua historicidade, sobretudo na legislação brasileira com a temática de saúde coletiva. Aquilo foi uma tentativa de esclarecer o tema de pesquisa e avançar no acesso, na qualidade, na humanização e do controle social no SUS sem excluir um tratamento que levasse em conta a dignidade humana.

Portanto, uma posição política e ética. A psicanálise não seria revolucionária, mas subversiva que vai contra as identificações, os ideais e as respostas predefinidas (MILLER, 2012). E na atualidade, se seguir como estamos vivendo, a ética da psicanálise pode ensinar algo a ética da política, e das políticas. Seria necessário pensar sobre as consequências dos atos e não das supostas boas intenções, essas em que o sujeito interatua. Considerou-se que a prática do psicanalista na ouvidoria hospitalar não se referiria a um tratamento psicanalítico tradicional, mas uma intervenção que começava a partir dos significantes trazidos pelo usuário do SUS ao ouve(dor). Naquele cenário, levava em conta de que a “fala [...] desempenha papel essencial de mediação” (LACAN, 1962-63/2005, p. 30). Mas em qual momento um sujeito buscava a ouvidoria? Geralmente quando uma insatisfação se apresentava.

Nesse sentido, as insatisfações foram traduzidas como mal-estar, um desconforto ou minimamente um incômodo apresentado por uma queixa ao ouvidor hospitalar. Ali, na rotina do trabalho do ouvidor foram encontrados alguns desafios que geralmente estavam relacionados com as falhas da instituição que denotavam diversos tipos de faltas; em sua grande maioria questionamentos sobre a infraestrutura hospitalar, processos administrativos e protocolos assistenciais. Entretanto, apesar dessa rotina institucional, a proposta foi trazer algo do particular, uma exceção naquele contexto, uma aposta que poderia sinalizar a singularidade do sujeito enredado na instituição hospitalar pública, ante ao seu retorno na ouvidoria. O que eles insistiam em dizer? Também, ali naquela ouvidoria hospitalar os usuários encontrariam algo diferente um ouvi(dor) disposto a escutá-los.

Ademais, as cenas relatadas nessa pesquisa, chamadas de vinhetas institucionais, foram coletadas a partir de sujeitos que estiveram presentes na ouvidoria mais de uma vez. O retorno do sujeito à ouvidoria constituía uma exceção institucional, uma vez que não era algo comum. Tal fato foi um ponto de orientação na pesquisa, uma indicação das marcas de subjetividades dos atores ali presentes. Constatou-se um movimento de retorno desses sujeitos até a ouvi(dor)i(a) hospitalar, mas, um retorno que trazia uma outra demanda: de serem escutados. Nesse encontro do cidadão com o ouvidor praticante da psicanálise, uma outra cena foi revelada: uma possível transferência. Dessa forma, constatou-se uma prática na instituição não apenas como uma escuta do psiquismo, mas uma “modalidade de ação” (VETTORAZZO FILHO, 2013a, p. 78) manejada pela presença do desejo do analista com o seu ato: autorizar a inscrição do mal-estar na ouvidoria hospitalar.

Naquele contexto, segundo Moura (2000, p. 11) o ato do analista seria permitir “[...] que o sujeito recupere sua dignidade; capaz de ouvir a cadeia significante onde naquele momento o sujeito se articula; capaz de ouvir onde o sujeito se articula no nomeável e no inominável”, isso “[...] leva o psicanalista a escutá-lo, independentemente da roupagem apresentada, com a segurança de que o silêncio, o grito ou o choro escondem o sujeito”.

Ali, na ouvi(dor)i(a) hospitalar, tentou-se sustentar um desafio metodológico: como escutar a singularidade ante a uma rotina que não previa ao menos a escuta da particularidade? O ato foi inventar um dispositivo de escuta que levasse em conta a sua ética com a premissa de outorgar um lugar ao sujeito (MOLLEDA, 2023). Posto isso, foi importante refletir sobre como o psicanalista poderia atualizar conceitos lançados por Freud e Lacan, tão importantes e consistentes, em uma prática institucional psicossocial na contemporaneidade, que ampliava o seu campo de atuação. Especialmente, a noção de objeto alfa e a psicanálise como dispositivo

nômade. Desta forma, estes conceitos foram revisados e atualizados em uma experiência viva, em movimento: o psicanalista na ouvidoria hospitalar pública poderia sustentar uma prática e teórica da psicanálise fora do ambiente do consultório, mas na ouvidoria de uma instituição pública. E, nesse horizonte, não perdendo de vista “[...] que a Psicanálise, seja na clínica, no ensino, na supervisão ou na pesquisa, não é o lugar da aplicação de um saber teórico, mas é o lugar de sua produção” (MORETTO, 2019, p. 132).

Diante disso, a busca foi produzir um saber ao receber o usuário do SUS, apostou-se na construção de uma sustentação de um espaço de escuta na ouvidoria, sem negligenciar a explicitação das deficiências do serviço. Ali no encontro contingencial entre o usuário do SUS com o ouvi(dor) percebeu-se que algo operava como instrumento criativo de convocação para o sujeito além da sua identidade de paciente, acompanhante ou servidor do hospital. “Nesse caso, o que se mantém como horizonte clínico, em vez da ligação entre representações, é a propagação do germen potencial, da força de singularização de cada fragmento ao ser reconhecido e acolhido pelo analista” (GONDAR; CANAVÊZ, 2018, p. 103).

Essa força de reconhecimento da diferença, explicitava-se a ideia de que o psicanalista, como foi percorrido ao longo dessa pesquisa, agisse como um agente de transformação, presente com o seu ato e sob seu desejo, ele e o usuário do SUS responsabilizando não apenas pelas exigências burocráticas típicas daquele cenário, mas com a utilização de um espaço de escuta que amplificava a voz daqueles que estão na cena hospitalar. Na ouvi(dor)i(a) como dispositivo de transformação psicossocial, visava-se possíveis efeitos de responsabilização do sujeito para além do diagnóstico clínico que o tinha levado ao hospital, e naquele setting possíveis impactos na revisão de normas na instituição poderiam ocorrer. Nesse cenário, aquele que ouvia a dor, um ouvi(dor), não se resumiria na função de acalmar e, sim, de um despertar. Isso ocorreu, portanto, nunca de forma universal, sempre no caso a caso. No entanto, os atores ali na cena hospitalar, ao se servirem de uma via de “contramão” ofertada pelo desejo do analista em escutá-los, fizeram com que algo novo fosse criado a partir desse encontro contingencial: uma realidade singular no cenário institucional.

Diante disso, o subjetivo em um mais além do particular, ou seja, a singularidade, entraria em cena. Ao percorrer esse caminho, de ação e retroação, na contramão de uma rigidez institucional, o sujeito poderia se servir da escuta de um ouve(dor) com formação psicanalítica, um Outro. Um ir e vir, no seu tempo e sem hora marcada, poderia ocorrer uma ação transformadora a ser revelada, veiculado pela palavra, nas vias da ouvidoria hospitalar.

Assim, no hospital, uma ressalva “[...] o psicanalista não se presta a transformar o seu trabalho num trabalho adaptativo, referenciado em padrões de patologia e normalidade que cada vez mais se distanciam da singularidade do desejo de cada um” (MORETTO, 2001, p. 53). Ali, com o ato do psicanalista em escutar a dor, esperava-se o aparecimento de sujeitos como agenciadores de discursos. A ouvidoria tornaria, assim, não somente um lugar de fala, mas também de escuta, o que vai de encontro ao objetivo principal de uma instituição hospitalar: um tratamento. Nesse caso, não um tratamento clínico, e sim, uma escuta na qual um sujeito encontrava um caminho possível ante uma demanda impossível de cessar o seu mal-estar.

A pesquisa nasceu sob um contemporâneo atípico, no contexto pandêmico por COVID-19, no ano de 2020. Uma mudança radical no modo de laço social. E esse fato não poderia ser negligenciado dentro desse processo, sobretudo diante do campo onde que a pesquisa foi realizada, um hospital. Defendeu-se a ideia de que a COVID-19 não se restringia ao ataque de organismos vivos, em uma vertente estritamente biológica. Outrossim, trazia grandes atravessamentos e desdobramentos para todos. De um lado, o corpo biológico atacado por um novo vírus que ceifou e ainda ceifa muitas vidas por onde passou. Do outro, foi necessário pensar para um mais além do biológico, um corpo falante, mortificado pelo significante (LACAN, 1969-70/1992), que incidia sobre cada sujeito na cultura (FREUD, 1930/1996), obviamente, enredado no hospital. Seria importante lembrar que o cidadão, com uma potência de ser um sujeito, passaria a ser lido na psicanálise freudo-lacanianana, um ser de linguagem que tem um corpo.

Nesse sentido, na instituição hospitalar, o paciente, acompanhante e/ou servidor público, testemunhados na ouvidoria, foram intimados a repensar e mudar, a seu modo, o laço com o Outro. Uma realidade que até então era pensada por eles como um pouco distante, que não iria atravessar a portaria de um hospital público oncológico estadual, no entanto, como foi visto, entrou e se fez presente. Pode ser que a COVID-19 tenha acelerado todo esse movimento investido no presente trabalho. Afinal, tanto o paciente/acompanhante/servidor bem como o psicanalista ouvidor foram tirados de, pode-se dizer, sua zona de conforto e convocados a uma mudança imediata que chegou com o risco de morte do sujeito. Uma urgência se estabeleceu não só nos protocolos de saúde, mas na forma de lidar com o outro, com a instituição, com o próprio desejo e sua responsabilização. Neste contexto, buscou-se pensar sobre os efeitos biopolíticos (FOUCAULT, 1978-79/2008) que se sucederam no laço social e a alta letalidade por COVID-19 publicizada e diariamente contada na mídia brasileira. Tentou-se responder como essas mudanças foram percebidas no coletivo e quais foram seus impactos no hospital?

No HAC os profissionais de saúde foram surpreendentemente acometidos por um novo componente até então desconhecido em sua rotina laboral: um efeito de medo, agravado pela precariedade das condições de trabalho enfrentadas há décadas.

Naquele cenário, haveria duas alternativas para o ouvidor: fazer o seu trabalho de forma mecanizada, baseado unicamente no que está previsto para uma ouvidoria hospitalar, ou trabalhar com uma escuta para além da queixa, apostando numa infiltração de uma escuta psicanalítica, diante ao desamparo e ao sofrimento, em meio ao caos instalado naquele período. Assim, o psicanalista neste encontro com o outro, se valendo dos estudos de Jacques Lacan sobre os discursos, sobretudo o do analista, se colocou na intenção de devolver ao sujeito a sua dignidade: o analista entre o intervalo do luto e a luta.

O usuário, ao buscar uma ouvidoria hospitalar, não esperaria que ali houvesse um analista. No entanto, há pelo menos *um*. Na ouvidoria, o servidor público não está na posição de um psicanalista, contudo, poderia haver uma suposição de saber; esse Outro que vai resolver um problema imediatamente. Se na transferência presumia-se cuidado com esse outro, então poderia se pensar que o escutar seria uma forma de cuidado, portanto, um manejo transferencial.

Cuidar da transferência seria escutar esse outro que chegava na ouvidoria sem hora marcada, mas chegava e falava sobre seu mal-estar. Esse Outro, o ouve(dor) com formação psicanalítica, a partir de sua posição, escutava e lia esse sujeito na ouvidoria hospitalar. Um ouve(dor) presente, com o seu desejo em apostar que naquele encontro contingencial, uma nova cena poderia ocorrer. E com ela, algo particular, mesmo se tratando de um setor institucionalmente endereçado às queixas, este se deslocaria para uma escuta do particular, uma extração de gozo. Assim, a subjetividade entraria em cena. Foi possível perceber que o desejo do analista não abarcaria uma neutralidade e, sim, um posicionamento na instituição hospitalar pública, uma ação política de resistência e, de alguma forma, sustentar a psicanálise naquele contexto. Ele permanecia vivo, em uma máquina Estatal que não previa a existência da subjetividade, uma política de humanizar o humano na saúde coletiva brasileira.

Assim, pôde-se perceber nas cenas transmitidas na pesquisa que, existiu de um lado, o sujeito desamparado e, do outro, um ouvidor com o desejo de operar também pelo discurso psicanalítico. Constatou-se a incorporação de um ouve(dor) que minimamente forçava a mutação do setor para um espaço de transformação psicossocial, um dispositivo potente com efeitos tanto no campo privado quanto na instituição hospitalar pública, ou seja, no campo universal.

No HAC, assim como em outros hospitais, também foram utilizadas diversas tecnologias com mecanismos de controle de seus usuários, paciente e funcionários que visavam a diminuição de custos e riscos. O olhar estava por toda a parte, com a ideia de “garantir” a defesa da vida. Inusitadamente, no HAC, servidores utilizavam a ouvidoria hospitalar para denunciar de forma anônima alguns profissionais, sobretudo médicos e técnicos de enfermagem que se negavam a utilizar máscaras nos corredores do hospital. Mesmo de forma anônima, sustentavam uma luta política que, hora ou outra, ainda se faz presente na ouvidoria hospitalar. Portanto, via-se o controle biopolítico, onde tudo se justificava pela preservação da vida. Uma ação política.

Uma ação política, foi refletida no campo como o inconsciente é a política, especialmente sobre seu desdobramento pela via da política do sintoma e a política da psicanálise, operada pelo psicanalista, como um discurso que visaria tangenciar o real e como efeito se transformaria em uma ação possível na instituição hospitalar. Isto se referiria a um dever de política que convocaria os cidadãos inseridos na cena hospitalar, num cenário psicossocial. Segundo Soller (2012, p. 234) seria “[...] impossível para a psicanálise dissociar-se da política do discurso de seu tempo. Ainda é preciso que seja bem ela que se faça ouvir”.

Assim, o hospital, seria a materialização do mais alto nível técnico científico da saúde coletiva brasileira, quais as barreiras institucionais os atores presentes naquele cenário precisariam ultrapassar para sustentar a ética do desejo naquele contexto, especialmente quando buscavam um atendimento na ouvidoria hospitalar? Sua chegada naquele setor era uma ação política? Soller (2012, p. 227) questionava se a

[...] política ela [psicanálise] só tem uma, inerente ao dispositivo relacional [transferência] inventado por Freud? Com efeito, desse dispositivo é possível considerar, como faz Lacan, que ele é mais importante até que a descoberta do inconsciente e que as obrigações que ele instaura e as regras [discursivas] que promove predominam sobre a diversidade dos atores.

Contudo, seguiu-se no questionamento de Soller (2012) sobre a política do psicanalista pensada ante aos estudos lacanianos tenderia a ser uma utilização do seu instrumento – a fala no campo da linguagem - com as suas potencialidades no laço social. Soller (2012, p. 220) continuou: “sugere, assim, uma ordem que vai do entendimento à ação analítica, do saber à orientação política”. Nesse contexto, o psicanalista, com a sua política, apostaria no lugar de agente da emancipação do sujeito para fora de um lugar objetalizado e, conseqüentemente, desidentificado dos significantes que o alienam aos discursos vindos do Outro, sobretudo numa instituição hospitalar.

Pretendeu-se alinhar a temática da tese com uma aproximação entre a instituição hospitalar e as subjetividades dos atores envolvidos na cena. Diante disso, foi pensada uma elucubração da hiância que operaria na articulação entre o contingente (encontro com um ouve(dor) com formação psicanalítica), o necessário (direitos e deveres do cidadão na saúde coletiva brasileira) e o impossível (cessar o mal-estar) na cena hospitalar ante a presença de um ouvi(dor). Na contramão daquela investida, o autor desta pesquisa apostou na criação de um espaço na instituição, corporificado na ouvidoria hospitalar numa aposta que forjaria uma condição de porosidade (ZYGOURIS, 2013), de reconhecimento das falhas institucionais sabidamente existentes para todos.

Saindo dessa particularidade experimentada na ouvidoria hospitalar pública na cidade de Belo Horizonte, profundamente motivadora e transgressora para o psicanalista e instituição, foi possível ainda, o enriquecimento dessa aposta, a partir do momento em que ela pôde ser validada ao se reconhecer que isso também acontecia em outra instituição. A partir do encontro com outro psicanalista ouvidor da Universidade de Málaga, o trabalho ganhou uma força e expressão que extrapolou os limites nacionais. A partir das conclusões obtidas e resultados observados, é urgente que se discuta sobre isso, inclusive com a proposta de criação de eventos e cursos de formação que admita essas novas formas de trabalho do psicanalista, nesta condição nômade, sempre alinhadas a uma condução ética e profissional, sem perder de vista sua missão como servidor público na ouvidoria hospitalar, acolhendo, neste caso específico, o usuário do SUS na rede FHEMIG. As conclusões desse trabalho deixam clara a possibilidade de ampliação e enriquecimento do trabalho do psicanalista em uma ouvidoria hospitalar.

Assim, reiterou-se o questionamento de Lacan (1969-70/1992, P. 35): “se o analista não toma a palavra, o que pode advir dessa produção fervilhante de S_1 ? Certamente muitas coisas”. Numa aposta de “muitas coisas” acontecer a partir daquele encontro do usuário com o ouvi(dor) na instituição, por exemplo, tratar o outro como sujeito, isso denotaria um caráter subversivo daquele servidor público que também operaria com o discurso do analista. No entanto, segundo Lacan (1969-70/1992), não pretendia nenhuma solução, mas efeitos, afinal a divisão intrínseca foi posta para todos os seres falantes. O sujeito que se reconhece barrado, \$, seria um sujeito ativo, inventivo, criativo, questionador e em movimento. Ademais, não estaria pronto e acabado; e muito menos alienado em soluções impostas por um Outro institucionalizado. Ele, o \$, com a presença de sua falta, de sua incompletude e com as impossibilidades editadas se fazia presente no cenário hospitalar.

Por fim, operar no espaço da ouvidoria hospitalar a partir da escuta psicanalítica, permitiria interrogar-nos de forma mais ampla sobre o lugar do analista. Miller (1999) em uma entrevista reafirmou justamente que Freud havia inventado um novo objeto, alguém que seria capaz de ocupar esse lugar de objeto, “substancialmente do objeto *a*” (LACAN, 1969-70/1992, p. 44), encarnando sua função lógica – efeito de rechaço – de causa de desejo. O psicanalista ocuparia no discurso um lugar que lhe é próprio, o de objeto. Um lugar paradoxal que combinaria a função de agente com a de objeto. Um objeto singular, pois permitiria a um outro experimentar-se a si mesmo como sujeito, como ser falante, no entanto, que não saberia o que quer, nem o que dizia, ou mesmo a quem se dirigia, portanto submetido às leis do inconsciente. O ouvi(dor) operaria orientado pelo discurso do analista saberia de antemão que sua posição como objeto *a* desse outro, como causa de desejo: o *a* como agente que acionaria a divisão do sujeito na ouvi(dor)i(a) hospitalar.

O ouvi(dor) com uma escuta de inspiração psicanalítica, sustenta a criação de um *setting* que tratava do mal-estar com e na instituição. Ele com a sua escuta desvela as corresponsabilidades dos atores – agenciadores de discursos - presentes naquele cenário. Trilhou-se um caminho metaforicamente nominado como um enfrentamento de guerra, de ultrapassagens, de posicionamentos que refletiram numa ação na mudança institucional com orientação ao singular. Nesse cenário de resgatar a dignidade como humanidade, utilizou-se como bússola o campo psicanalítico, uma política de resistência diante as posições de dejetos, com o testemunho da construção de um ponto de basta e enlaçamentos subjetivos na instituição hospitalar pública, uma escuta que forjaria uma posição de fazer algo diferente e manter-se vivo na saúde coletiva brasileira. Um dever de se pensar a singularidade como laço! E o estilo do laço em última instância seria o nosso sintoma. Chega-se ao fim desse trabalho, mas sem esgotar a temática. Estamos longe de um tratamento humanizado e digno disponibilizados a todos cidadãos brasileiros na atualidade, mas foi o primeiro passo de se constatar que é possível sustentar a dignidade humana na instituição pública mesmo em tempos de uma prevalência do discurso capitalista. Sigamos!!!

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. *Qu'est-ce qu'un dispositif*. Paris: Rivages, 2007.

AGAMBEN, G. O que é o contemporâneo? e outros ensaios. Tradução de Vinicius Nicastro Honesco. Chapecó-SC: Argos, 2009. p. 55-73. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4332647/mod_resource/content/3/contempagamben.pdf Acesso em: 21 ago. 2024.

AGÊNCIA BRASIL. *Um em cada 4 brasileiros não tem acesso à internet, mostra pesquisa*. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-04/um-em-cada-quatro-brasileiros-nao-tem-acesso-internet> Acesso em: 21 ago. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. *Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 08/2020*. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-no-08-de-2020-gvims-ggtes-anvisa-hospitais-de-campanha.pdf> Acesso em: 21 ago. 2024.

ALBERTI, S. Psicanálise e hospital: uma prática rigorosa. *Revista da SBPH*, v. 22, p. 6-18, 2019. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22nspe/v22nspea02.pdf> Acesso em: 01 set. 2024.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Projeto de Lei nº 2127/24. Institui o Serviço Social Autônomo de Gestão Hospitalar. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/projetos-de-lei/PL/2127/2024#:~:text=Resumo%20Estabelece%20a%20cria%C3%A7%C3%A3o%20do,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS> Acesso em: 02 de abril 2024.

BASSOLS, M. *Coronavirus: la ley de la naturaliza y lo real sin ley*. 2020. Disponível em: <https://zadigespana.com/2020/03/20/coronavirus-la-ley-de-la-naturaleza-y-lo-real-sin-ley/> Acesso em: 21 ago. 2024.

BBC. *Dois momentos em que Bolsonaro chamou covid-19 de “gripezinha”, o que agora nega*. 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55107536> Acesso em: 21 ago. 2024.

BESSET, V. L. A política e o dizer do analista. *Latusa*, v. 9, p. 63-68, 2004.

BEZERRA, B. Subjetividade moderna e o campo da psicanálise. In: BIRMAN, J. (Org.). *Freud 50 anos depois*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1989. p. 219-240.

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

BIHR, A. França: pela socialização do aparato de saúde. In: DAVIS, M. et al. *Coronavírus e a luta de classes*. Terra sem Amos: Brasil, 2020. p. 25-30.

BIRMAN, J. O sujeito no discurso freudiano. In: BIRMAN, J. *Estilo e modernidade em psicanálise*. São Paulo: Ed. 34, 1993. p. 1-33. Disponível em:

<https://psiligapsicanalise.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/09/joel-birman-estilo-e-modernidade-em-psicanalise.pdf> Acesso em: 01 set. 2024.

BIRMAN, J. *Psicanálise, ciência e cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

BIRMAN, J. Clínica e poder na pesquisa psicanalítica. In: *Modalidades de Pesquisa em Psicanálise: Métodos e Objetivos*. São Paulo: Zagodoni, 2018. p. 23-45.

BIRMAN, J. *O trauma na pandemia do Coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2021.

BLEICHMAR, S. *Clínica psicanalítica e neogênese*. São Paulo: Linear B Editora, 2021.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Brasília: UnB, 1998.

BOURDIEU, P. *Outline of a theory of practice*. London: Cambridge University Press, 1977.

BRAIDOTTI, R. *Sujetos nômades*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2000.

BRASIL. *Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências*. 2003. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2003/decreto-4726-9-junho-2003-496874-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. *História das ouvidorias. Como surgiram as ouvidorias?* 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/ouvidorias/pt-br/cidadao/conheca-a-ouvidoria/historia-das-ouvidorias> Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. *Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública*. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/13460.htm Acesso em: 21 ago. 2022.

BRAUNSTEIN, N. A. O discurso capitalista: quinto discurso? O discurso dos mercados (PST): sexto discurso? *A peste*, v. 2, n.1, pp. 143-165, jan/ jun. 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/a peste/article/view/12079/8752> Acesso em: 21 jun. 2023.

BROUSSE, M. H. *O inconsciente é a política*. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2003.

CARDOSO, A. S. R. *Ouvidoria pública como instrumento de mudança*. Brasília: IPEA, 2010.

CARVALHO, D. B. et al. Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 29, n. 1, 2009, p. 172-183. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/ntFjddTHcHD87jGQz98GwZv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 ago. 2022.

CARVALHO, D. B. Psicologia da Saúde crítica no contexto hospitalar. In: *Psicologia Ciência e Profissão*, 33(2), 2013, p. 350-365. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/MnXKpCyJbNTLrgmxmcj5fWR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 ago. 2022.

CHAVES, W. C. Considerações a respeito do conceito de real em Lacan. *Psicologia em Estudo*, v. 14, n. 1, p. 41-46, jan./mar. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/X5hgYmKhNJwGfnbbV5BB7Hj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 ago. 2024.

COELHO, N. E. A noção de objeto na psicanálise freudiana. *Ágora*, v. IV, n. 2, p. 37-49, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/DBd6m78YwQ7sP3ZnrHTdNmB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 set. 2024.

COUTO, L. F. S. O analista sinthoma: uma das funções do analista no hospital geral. *Epistomática*, v. 4, n. 1, p. 93-109, 2007. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-20052007000100010. Acesso em: 21 ago. 2024.

DAHL, G. Sociology and Beyond: Agency, Victimisation and the Ethics of Writing. *Asian Journal of Social Science*, v. 37, p. 391-407, 2009. Disponível em: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:288659/FULLTEXT02>. Acesso em: 01 set. 2024.

DERRIDA, J. A escritura e a diferença. 2. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1995.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7jS34hDzJbQtCHMjYFHKf4L/?lang=pt>. Acesso em: 21 ago. 2022.

DRAWIN, C. R. Pandemia: trauma, tempo e mediações narrativas. In: OLIVEIRA, R. T., MOREIRA, J. O. (Orgs.). *Pandemia, Crise e Subjetividade*. Curitiba: CRV, 2021. p. 41-56.

DUNKER, C. Psicanalista global? Formação do psicanalista e transmissão da psicanálise entre norma e contingência. In: DUVIDOVICH, E. *Diálogos sobre formação e transmissão em psicanálise*. São Paulo: Zagodoni, 2013. p. 17-31.

DUNKER, C. Subjetividade em tempos de pós-verdade. In: DUNKER, C. (Org). *Ética e pós-verdade*. Porto Alegre: Dublinense, 2017. p. 9-41.

DUNKER, C.; IANNINI G. *Ciência pouca é bobagem: porque psicanálise não é pseudociência*. São Paulo: Ubu Editora, 2023.

DUVIDOVICH, E. Apresentação. In: *Diálogos sobre formação e transmissão em psicanálise*. São Paulo: Zagodoni, 2013. p. 11-13.

ESTEVÃO, I. R. Sobre três eixos da pesquisa em psicanálise: clínica, teoria e extensão. In: FULGÊNCIO, L. (Org.). *Modalidades de pesquisa em psicanálise: métodos e objetivos*. São Paulo: Zagodoni, 2018. p. 69-79.

FIGUEIREDO, L. C. Prefácio. In: MORETTO, M. L.T. *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo: Zagodoni, 2019. p. 9-11.

FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1998. p. 243-276. (Trabalho originalmente publicado em 1976).

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Texto originalmente publicado em 1980).

FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica*. Tradução Eduardo Brandao; revisão da tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2008. (Trabalho original publicado em 1978-79).

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. (Trabalho original publicado em 1975).

FREUD, S. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. *Studienausgabe*, v. 5, p. 37-147, 1972. (Trabalho original publicado em 1905).

FREUD, S. Análise terminável e interminável. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XXIII, 1975, p. 239-287. (Trabalho original publicado em 1937).

FREUD, S. Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. In: *Obras completas*. (Vol. XII, pp. 159-174). Buenos Aires: Amorrortu, 1986. (Originalmente publicado em 1915).

FREUD, S. A interpretação dos sonhos. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. IV, 1996, p. 543-560. (Trabalho original publicado em 1900).

FREUD, S. Tratamento psíquico (ou anímico). In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. VII, 1996a. (Trabalho original publicado em 1905).

FREUD, S. Estudos sobre a histeria. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. VII, 1996b. (Trabalho original publicado em 1905).

FREUD, S. Cinco Lições de Psicanálise, Leonardo da Vinci e Outros Trabalhos. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XI, 1996. (Trabalho original publicado em 1910).

FREUD, S. Interesse sociológico da psicanálise. In: *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, Vol. XIII, 1996. (Trabalho original publicado em 1913).

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar. In: *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, Vol. XII, 1996. (Trabalho original publicado em 1914).

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes [Pulsões e seus destinos]. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XIV, 1996. p. 115-144 (Trabalho original publicado em 1915).

FREUD, S. Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XVII, 1996. (Trabalho original publicado em 1917).

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XVII, 1996. (Trabalho original publicado em 1919[1918]).

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XVII, 1996. (Trabalho original publicado em 1920).

FREUD, S. Psicologia de grupo e a análise do ego. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XVIII, 1996. (Trabalho original publicado em 1921).

FREUD, S. Dois verbetes de enciclopédia. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XVIII, 1996. (Trabalho original publicado em 1923[1922]).

FREUD, S. O ego e o id. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XIX, 1996, p. 13-72. (Trabalho original redigido em 1923).

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XXI, 1996. p. 74-171. (Trabalho original publicado em 1930).

FREUD, S. Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise e outros Trabalhos. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XXII, 1996. (Trabalho original publicado em 1932-33).

FREUD, S. Por que a guerra? (Einstein e Freud). In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XXII, 1996. (Trabalho original publicado em 1933[1932]).

FREUD, S. Um comentário sobre o antissemitismo. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XXIII, 1996. (Trabalho original publicado em 1938).

FREUD, S. Moisés e o monoteísmo. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XXIII, 1996. (Trabalho original publicado em 1939).

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. I, 1996. p. 335-454. (Trabalho originalmente publicado em 1950[1895]).

FREUD, S. Introdução ao narcisismo. In: *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, Vol. 12, 2010, p. 13-50. (Trabalho original publicado em 1914).

FREUD, S. Luto e melancolia. In: *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, Vol. 12, 2010, p. 128-144. (Trabalho original publicado em 1917).

FREUD, S. Totem e tabu. In: *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, Vol. XI, 2012. (Trabalho original publicado em 1912-13).

FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia. In: *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, Vol. 17, 2018, p. 128-144. (Trabalho original publicado em 1926).

FREUD, S. O futuro de uma ilusão. In: *Obras Incompletas de Sigmund Freud: Cultura, sociedade, religião – O mal-estar na cultura e outros escritos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. (Trabalho original publicado em 1927).

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. *Pandemia expõe excesso de trabalho, sofrimento e falta de reconhecimento dos profissionais de saúde*. 2021. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51044> Acesso em: 21 ago. 2024.

GARCIA, C. *Psicanálise, política e lógica I*. 2. ed. São Paulo: Editora Escuta, 1995.

GONDAR, J.; CANAVÊZ, F. Psicanálise: o desvio como método. In: FULGÊNCIO, L. (Org.). *Modalidades de pesquisa em psicanálise: métodos e objetivos*. São Paulo: Zagodoni, 2018. p. 95-105.

GOVERNO DE MINAS GERAIS. *Decreto nº 47.529, de 12 de novembro de 2018. Regulamenta os capítulos III, IV e VI da Lei Federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública, no âmbito do Poder Executivo estadual e institui o Fórum Permanente de Ouvidorias do Poder Executivo estadual*. 2018. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/DEC/47529/2018/> Acesso em: 19 ago. 2022.

GREEN, A. The intrapsychic and intersubjective in psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, v. LXIX, n. 1, p. 1-39, 2000.

HARVEY, D. Política anticapitalista em tempos de COVID-19. In: DAVIS, M. *et al. Coronavírus e a luta de classes*. São Paulo: Terra sem Amos, 2020. p.13-24.

HORNSTEIN, L. Da escuta à cura. In: DUVIDOVICH, E. *Diálogos sobre formação e transmissão em psicanálise*. São Paulo: Zagodoni, 2013. p. 50-65.

IANNINI, G. Lacan com Galileu, ou uma ciência a procura de um idioma. *Revista de Psicoanálisis y Cultura*, n. 6, 1997. Disponível em: <https://acheronta.org/acheronta6/lacan-galileo.html> Acesso em: 01 set. 2024.

KUPERMANN, D. Quem quer ser o senhor da sua própria casa? In: Diálogos sobre formação e transmissão em psicanálise. In: DUVIDOVICH, E. *Diálogos sobre formação e transmissão em psicanálise*. São Paulo: Zagodoni, 2013. 36-49.

LACAN, J. *Le Séminaire, livre 22: R.S.I. 1974-75*. (Inédito).

LACAN, J. Du discours psychanalytique: Discours de Jacques Lacan à l'Université de Milan le 12 mai 1972, paru dans l'ouvrage bilingue. In: *Lacan in Italia 1953-1978*. Milan: La Salamandra, 1978. p. 32-55.

LACAN, J. *O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1983. (Trabalho original proferido em 1953-54).

LACAN, J. *O Seminário, livro 3: As psicoses*. Tradução de Aluísio Menezes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985. (Trabalho original proferido em 1955-56).

LACAN, J. *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Tradução de Ary Roitman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992. (Trabalho original proferido em 1969-70).

LACAN, J. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada: um novo sofista. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 197-213. (Trabalho original proferido em 1945).

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 96-103. (Trabalho original proferido em 1949).

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 238-324. (Trabalho original proferido em 1953).

LACAN, J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 496-533. (Trabalho original publicado em 1957).

LACAN, J. A ciência e a verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 869-892. (Texto original publicado em 1966).

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, n. 32, dez. 2001. (Trabalho original publicado em 1966).

LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003, p. 248-264. (Trabalho original publicado em 1967).

LACAN, J. Radiofonia. In: *Outros Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003. (Trabalho original publicado em 1970).

LACAN, J. O aturdido. In: *Outros Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003, p. 448-500. (Trabalho original proferido em 1972).

LACAN, J. Prefácio a "O despertar da primavera". In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003, p. 557-559. (Trabalho original publicado em 1974).

LACAN, J. *O Seminário, livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005. (Trabalho original proferido em 1962-63).

LACAN, J. *O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise*. Trabalho estabelecido por Jacques-Alain Miller. Tradução de Antônio Quinet. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008. (Trabalho original proferido em 1959-60).

LACAN, J. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Trabalho estabelecido por Jacques-Alain Miller; tradução de M. D. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008. (Trabalho original proferido em 1964).

LACAN, J. *O Seminário, livro 20: Mais, ainda*. Tradução de M. D. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008. (Trabalho original proferido em 1972-73).

LACAN, J. *O Seminário, livro 18: De um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009 (Trabalho original proferido em 1971).

LACAN, J. *O Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010. (Trabalho original proferido em 1954-55).

LACAN, J. *O Seminário, livro 19: ...ou pior*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2012 (Trabalho original proferido em 1971-72).

LACAN, J. *O Seminário, livro 14: A lógica do fantasma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2024 (Trabalho original proferido em 1966-67).

LACAN, J. *Le Séminaire, livre XV: L'Acte psychanalytique*. Éditions du Seuil et Le Champ Freudien Éditeur, février 2024. (Trabalho original proferido em 1967-68).

LAURENT, É. O analista cidadão. *Curinga*, n. 13, p. 12-19, 1999.

LAURENT, É. Chomsky com Joyce. *Lettre mensuelle*, n. 40, 2005. Disponível em: <http://www.opcaolacaniana.com.br/antigos/n2/pdf/artigos/ELJoyce.pdf> Acesso em: 01 set. 2024.

LAURENT, É. *A sociedade do sintoma: a psicanálise, hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007.

LAURENT, É. A interpretação: da escuta ao escrito. *Correio – Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, n. 87, 2022. Disponível em: <https://ebp.org.br/nordeste/jornadas/2022/2022/08/16/a-interpretacao-da-escuta-ao-escrito/> Acesso em: 01 set. 2024.

LOBOSQUE, A. M. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MARCELLO, F. A. O conceito de dispositivo em Foucault: mídia e produção agonística de sujeitos maternos. *Revista Educação & Realidade*, v. 29, n. 1, 2004. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/25426/14752> Acesso em: 01 set. 2024.

MEREA, C. Os conceitos de objeto na obra de Freud. In: BARANGER, W. (Org.). *Contribuições ao conceito de objeto em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p.1-18.

- MILLER, J.-A. Elementos de biologia lacaniana. Belo Horizonte: EBP-MG. 1999.
- MILLER, J.-A. Lacan et la politique. *Cités*, p. 105-123, 2003.
- MILLER, J.-A. *Silet*: Os paradoxos da pulsão, de Freud a Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- MILLER, J.-A. Los usos del lapso. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- MILLER, J.-A. Hacia Pipol 4, *Revista Freudiana* Nº52, 2007.
- MILLER, J.-A. Coisas de fineza em Psicanálise. Documento de trabalho para os seminários de leitura da Escola Brasileira de Psicanálise, 2008. Disponível em: <https://psiligapsicanalise.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/09/jacques-alain-miller-coisas-de-fineza-em-psicanc3a1lise.pdf> Acesso em: 10 abril 2022.
- MILLER, J.-A. Rumo ao Pipol 4. *Correio – Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, n. 60, p. 7-14, 2009.
- MILLER, J.-A. Intuições milanesas. *Opção Lacaniana online nova série*, ano 2, n. 5, nov. 2011. Disponível em: http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_5/Intui%C3%A7%C3%B5es_milanesas.pdf Acesso em: 21 jun. 2023.
- MILLER, J.-A. El psicoanálisis es el reverso de la política. 2012. Disponível em: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-192679-2012-04-26.html> Acesso em: 10 ago. 2024
- MILLER, J.-A. *Lo real en el siglo XXI*. 2012. Disponível em: <https://wapol.org/es/articulos/Template.asp?intTipoPagina=4&intPublicacion=38&intEdicion=13&intArticulo=2468&intIdiomaArticulo=1> Acesso em: 21 ago. 2024.
- MILLER, J.-A. O real no século XXI. Apresentação do tema do IX Congresso da AMP. In: MACHADO, O.; RIBEIRO, V. A. (Org.). *Scilicet: o real no século XXI*. Belo Horizonte: Scriptum/Escola Brasileira de Psicanálise, 2014, p. 21-32.
- MILNER, J. C. *A obra clara: Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS, 1996. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-10a-conferencia-nacional-de-saude/view> Acesso em: 21 ago. 2022.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS, 2000. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-11a-conferencia-nacional-de-saude/view> Acesso em: 21 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Propostas e diretrizes do Ministério da Saúde para os eixos temáticos. 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS, 2003. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Saude_XII/texto_base_12_conferencia_saude.pdf Acesso em: 21 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS*. Brasília: MS, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participasus_aprovado_2007.pdf Acesso em: 21 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Glossário temático: ouvidoria do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*. 2. ed. rev. e atual. Brasília: MS, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ouvsus_2ed.pdf Acesso em: 21 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 396, de 4 de março de 2011. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais*. Brasília: MS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0396_04_03_2011.html Acesso em: 21 ago. 2022.

MOLLEDA, E. *Dirigir un centro de servicios sociales: un uso posible del psicoanálisis*. Madrid Publicaciones de psicoanálisis de orientación lacaniana – NUCEP, 2023. Disponível em: <https://nucep.com/publicaciones/dirigir-un-centro-de-servicios-sociales-un-uso-posible-del-psicoanalisis/> Acesso em: 21 ago. 2024.

MOREIRA, J. O. O inconsciente e a política: entre a estrangeiridade e a extimidade. *Revista Analytica*, v. 8, n. 14, p. 1-18, 2019. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v8n14/09.pdf> Acesso em: 01 set. 2024.

MOREIRA, J. O. As faces do trauma na contemporaneidade: a dialética do dizível e do indizível no transtorno do pânico, uma lacuna na história. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 2006. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000100005#:~:text=O%20p%C3%A2nico%2C%20seja%20individual%20ou,irrup%C3%A7%C3%A3o%20de%20um%20perigo%20imagin%C3%A1rio.. Acesso em: 01 set. 2024.

MORETTO, M. L. T. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MORETTO, M. L. T; PRISZKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo Psicanalítico*, v. 46.2, p. 287-298, 2014. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200007 Acesso em: 21 ago. 2022.

MORETTO, M. L. T. Psicanálise e hospital hoje: o lugar do psicanalista. *Revista da SBPH*, v. 22, p. 19-27, 2019. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22nspe/v22nspea03.pdf> Acesso em: 01 set. 2024.

MOURA, M. D. Psicanálise e urgência subjetiva, In: MOURA, M. D. (org). *Psicanálise e hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p 3-15.

NICÉAS, C. A. *Introdução ao narcisismo: o amor de si*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

NICOLAV, V. *No dia da enfermagem, Brasil é líder mundial em mortes de profissionais por Covid-19*. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/05/12/no-dia-da-enfermagem-brasil-e-lider-mundial-em-morte-de-profissionais-por-covid-19> Acesso em: 21 ago. 2022.

NOGUEIRA, L. C. *A pesquisa em psicanálise*. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/nMGDnFmKgySBkGkdshtfzPg/?lang=pt> Acesso em: 21 ago. 2022.

NOGUEIRA, A.; BARBOSA, L. C. Mas, afinal, o que a psicanálise possibilita ao sujeito? *Psicanálise & Barroco Em Revista*, v. 9. n. 1, 2011. Disponível em: <https://seer.unirio.br/psicanalise-barroco/article/view/8750> Acesso em: 21 ago. 2022.

ONOCKO-CAMPOS, R. *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec, 2012.

ORTEGA, F. Hannah Arendt e Foucault e a reinvenção do espaço público. *Trans/Form/Ação – Revista de Filosofia*, v. 24, n. 1, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/trans/a/vTSSqTJxJRT7vF8zrYRmhNs/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 set. 2024.

OUVIDORIA GERAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS – OGE. *Ouvidoria de saúde*. 2018. Disponível em: <https://www.ouvidoriageral.mg.gov.br/ouvidorias-tematicas/ouvidoria-de-saude> Acesso em: 21 ago. 2022.

PACHECO, O. M. C. A. *Sujeito e singularidade: ensaio sobre a construção da diferença*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde*, v. 21, n. 1, p.15-35, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 set. 2024.

PEREGRÍN, F. M. M. *Comunidad e inconsciente*. El psicoanálisis ante el hecho social. MGE. Málaga, 2009.

PEREGRÍN, F. M. M. *Psicoanálisis y ciencia*. 2019. Disponível em: <https://elp.org.es/psicoanalisis-y-ciencia-manuel-montalban-peregrin/> Acesso em: 01 out. 2023.

PEREIRA, L. H. *Ouvidoria hospitalar: disciplinamento e envolvimento como estratégias rumo à democratização*, 2000. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/115756> Acesso em: 21 ago. 2022.

PEREIRA, M. D. Ouvidoria: uma possibilidade de atuação do psicólogo. *Revista IGT na Rede*, v. 10, n. 19, 2013, p. 288-304. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v10n19/v10n19a05.pdf> Acesso em: 21 ago. 2022.

PINTO, J. M. Psicanálise e universidade: mais, ainda. In: BIANCO, A. C. L. (Org.). *Freud não explica: a psicanálise nas universidades*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006. p. 29-38.

PLON, M. Da política em “O mal-estar, ao mal-estar da política”. In: RIDER, J. L.; PLON, M.; RAULET, G.; H. REY-FLAUD, H. *Em torno de “O mal-estar na cultura”, de Freud*. São Paulo: Escuta, 2002.

POLI, M. C. Pesquisa em Psicanálise. *Revista da APPOA*, n. 29, p. 42-47, 2005.

POLI, M. C. “Eu não procuro, acho”: sobre a transmissão da psicanálise na universidade. In: BIANCO, A. C. L. (Org.). *Freud não explica: a psicanálise nas universidades*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006. p. 39-52.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE – PBH. *Boletim Epidemiológico nº 1/2020*. 2020a. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/imagens/boletim_epidemiologico_01_covid-19_17-04-2020.pdf Acesso em: 21 ago. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE – PBH. *Boletim Epidemiológico nº23/2020*. 2020b. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/imagens/boletim_epidemiologico_23_covid-19_21-05-2020.pdf Acesso em: 21 ago. 2024.

QUINET, A. *A política do psicanalista: do divã para a pólis*. Rio de Janeiro: Atos e Divãs Edições, 2021.

RABINOVICH, D. S. *O conceito de objeto na teoria psicanalítica: suas incidências na direção da cura*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2009.

RAPPORT, N.; OVERING, J. *Social and cultural anthropology: the key concepts*. New York: Routledge, 2000.

RIBEIRO, A. R. B. M; KHAIR, L. B. Introdução. In: *Comissão de Publicação Departamento Formação em Psicanálise. Por uma psicanálise viva*. São Paulo: Primavera Editorial, 2013. p. 11-19.

RINALDI, D. L. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 315-323, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/N7bBYxH8jvKXtssWpJG5Y9f/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 15 ago. 2023.

ROCHA, G. M. *Biopolítica e contemporaneidade: ato médico e ato analítico*. 2007. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-20052007000200011 Acesso em: 21 ago. 2024.

ROSA, M. D. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-estar e Subjetividades*, v. 4, n. 2, p. 329-348, 2004.

ROSSI, M. D.; VIDAL, P. V. Psicanálise e hospital: considerações sobre a clínica no âmbito da internação hospitalar. *Revista da SBPH*, v. 23, n. 2, p. 15-24, 2020.

SAFATLE, M. *Maneiras de transformar mundos: Lacan, política e emancipação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

SILVA, A. C. D.; MOREIRA, J. O. Apresentação. In: OLIVEIRA, R. T., MOREIRA, J. O. (Orgs.). *Pandemia, Crise e Subjetividade*. Curitiba: CRV, 2021. p. 9-12.

SIMONETTI, A. Acontecimento de corpo. In: *Scilicet: os objetos a na experiência psicanalítica*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. 2008. p. 13-15.

SIMONETTI, A. *A cena hospitalar: psicologia médica e psicanálise*. Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2018.

SOLER, C. O “corpo falante”. *Caderno de Stylus*, n. 1, 2010.

SOLER, C. *Lacan: o inconsciente reinventado*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2012.

SOUZA, C. A ameaça invisível: os microorganismos da história humana. In: OLIVEIRA, R. T., MOREIRA, J. O. (Orgs.). *Pandemia, Crise e Subjetividade*. Curitiba: CRV, 2021. p. 15-40.

SPINK, M. J. (Org.). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

SWINERD, M. M.; DARRIBA, V. A. Do ato médico ao ato analítico: considerações sobre o psicanalista no hospital. *Tempo Psicanalítico*, v. 54, n. 1, p. 288-309, 2022. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-48382022000100012&lng=pt Acesso em: 15 abril 2023.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 1, p. 80-98, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dxQGgSPF3nX5CQ8tbrnmnwN/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 21 ago. 2022.

TUDANCA, L. *Virus, pandemia y algo más*. 2021 Disponível em: <https://www.revistavirtualia.com/articulos/911/dossier-20-aniversario-virtualia-40/virus-pandemia-y-algo-mas> Acesso em: 21 ago. 2024.

VETTORAZZO FILHO, H. Fundamentação conceitual do currículo e avaliação no processo de formação psicanalítica. In: *Comissão de Publicação Departamento Formação em Psicanálise. Por uma psicanálise viva*. São Paulo: Primavera Editorial, 2013a. p. 247-256.

VETTORAZZO FILHO, H. A constituição do espaço ou campo psicanalítico. In: *Comissão de Publicação Departamento Formação em Psicanálise. Por uma psicanálise viva*. São Paulo: Primavera Editorial, 2013b. p. 75-85.

VETTORAZZO FILHO, H. A palavra e o ato analítico – A construção de linguagem e subjetividade no trânsito entre o atuar, o consentir e o atualizar: pensando e aferindo nosso instrumental de trabalho. In: *Comissão de Publicação Departamento Formação em Psicanálise. Por uma psicanálise viva*. São Paulo: Primavera Editorial, 2013c. p. 87-112.

VIVAS, H. C., Causa do desejo. In: *Scilicet: os objetos a na experiência psicanalítica*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. 2008. p. 47-50.

VORCARO, A. *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

VORCARO, A. Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In: NETO, F. K.; MOREIRA, J. O. (Orgs.). *Pesquisa em psicanálise: transmissão na Universidade*. Barbacena: Ed. UEMG, 2010. p. 11-23.

VORSATZ, I. O sujeito da psicanálise e o sujeito da ciência: Descartes, Freud e Lacan. *Psicologia Clínica*, v. 11, n. 2, p. 249-273, 2015. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-56652015000200013
Acesso em: 01 set. 2024.

ZYGOURIS, R. A escola da rua. In: DUVIDOVICH, E. *Diálogos sobre formação e transmissão em psicanálise*. São Paulo: Zagodoni, 2013. p. 50-65.

ANEXO 1: OUVIDORIA E PSICOLOGIA

	TÍTULO	AUTOR	FORMAÇÃO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO	REVISTA	ANO	LINK
1	Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar	Denis Barros de Carvalho, Janaína Macêdo Santana, Vera Macêdo de Santana	Psicologia	Ouvidoria hospitalar; Atuação do psicólogo; Humanização ; Sistema de saúde	Este artigo apresenta um ensaio sobre a prática do psicólogo como ouvidor hospitalar. Inicialmente, é avaliado o controle social no Sistema Público de Saúde (Conferências e Conselhos de Saúde, ouvidorias). O papel do ouvidor hospitalar no controle social no contexto da humanização do sistema de saúde é discutido a partir de um diálogo com autores da área da Saúde pública, das Ciências sociais e da Psicologia. Por humanização, entende-se a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico e o reconhecimento dos direitos dos pacientes. Uma proposta de compreensão da ouvidoria hospitalar como um desafio para a Psicologia social da saúde é apresentada a partir de uma análise da produção teórica brasileira. Em seguida, discute-se uma experiência de trabalho de um psicólogo como ouvidor hospitalar. Ao fim, são apresentadas algumas sugestões a respeito do papel da Psicologia social no contexto da ouvidoria hospitalar como instrumento de controle social.	Psicol. cienc. prof.	2009	https://www.scielo.br/j/pcp/a/ntFjddTHcHD87jGQz98GwZv/?lang=pt#
2	NÃO É UMA REDE QUE FLUI - DA INVISIBILIDADE ÀS POSSIBILIDADES DE NOVOS MODOS DE CUIDAR : A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA SAÚDE MENTAL	Yanaê Maiara Meinhardt, Gabriela Felten da Maia	Psicologia	gênero; mulheres; saúde mental; violência	Este trabalho, de cunho qualitativo, objetiva refletir sobre a inserção da violência contra as mulheres no campo da saúde, especificamente a saúde mental. Para compor a análise, utilizamos material da observação participante, no decorrer do estágio em Psicologia, realizado no primeiro semestre de 2015, em um serviço da rede pública de saúde do município de Santa Cruz do Sul, interior do Rio Grande do Sul, o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II). A violência contra as mulheres é um fenômeno mundial, que se expressa em diversas formas, são elas: simbólica, física, moral, psicológica, patrimonial e sexual, sendo o feminicídio a expressão máxima de violência. No Brasil, são altos os índices de violência conjugal contra as mulheres, evidenciando esse tipo de violência como um problema grave de saúde pública. Observamos que as discussões de gênero, conforme a perspectiva feminista, se faz necessária nos serviços de saúde mental, dada a importância da transversalidade de gênero nas políticas públicas e a visibilidade do tema no campo da saúde. Ainda há invisibilidade e silenciamentos em relação ao tema, por isso, consideramos que a inserção dessa discussão possibilitará promovermos tanto a saúde quanto a	Barbaroi	2015	https://www-periodicos-capes-gov-br.ez1.periodicos.capes.gov.br/index.php/buscaador-primo.html

					cidadania que o cuidado em saúde mental pode proporcionar.			
3	A rede como estratégia metodológica da Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário	Maria Lúcia Rodrigues Falk, Márcia Ziebell Ramos, Jennifer Braathen Salgueiro	Enfermagem, Psicologia, Ciências Biológicas	XXX	Introdução: A humanização das relações de trabalho e da assistência em saúde tem ocupado, nos últimos anos, espaços significativos de formulação de políticas públicas em diversos fóruns ligados à saúde no âmbito hospitalar. Esse tema aponta para a importância da ação e contextualização das dimensões do cuidar e do viver humano. O governo tem se empenhado na elaboração de políticas públicas capazes de oferecer maior ressonância e viabilidade na busca da qualidade e humanização hospitalar (Salgueiro et al., 2007). Possui, como premissas básicas: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, bem como o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de corresponsabilidade; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; o compromisso com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e do atendimento (Brasil, 2006). Neste sentido a compreensão da saúde se dá como processo de produção, que, para além do binômio queixa conduta, considera a complexidade das relações entre os diferentes envolvidos nos processos de produção de saúde (trabalhadores, gestores e usuários). A humanização é então considerada “como processo de subjetivação, que se efetiva com a mudança nos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Assim, pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas, e não de assujeitamento a elas” (Benevides, Passos, 2005a, p.570). O Ministério da Saúde propôs a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), que traduz princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS. Sendo que, especialmente, o modo coletivo e cogestivo de produção de saúde e de sujeitos implicados nessa produção é que deve orientar a construção da PNH como política pública (Santos Filho, 2007). A proposta de humanizar deve estar fortemente vinculada com a reforma das modalidades clínicas, que se desenvolvem em hospitais, caso contrário corre o risco de ser banalizada e tratada com superficialidade. Esse pensamento	Interface	2009	https://www.scielo.br/j/icse/a/YG9B35tH6dHypc6h3PWXqpD/?format=pdf&lang=pt

					aposta no protagonismo do sujeito e na potencialidade do coletivo. Compreende o sujeito “como produto resultante de um funcionamento que é de produção inconclusa, é heterogenético, nunca havendo esgotamento total da energia potencial de criação das formas. É por isso que dizemos que a subjetividade é plural, polifônica, sem nenhuma instância dominante de determinação” (Benevides, 2005, p.23). O profissional da saúde, ao refletir sobre as condições e relações de trabalho e o seu modo de agir, pode inserir-se na realidade de uma maneira mais crítica e consciente (Backes, Lunardi Filho, Lunardi, 2006). Assim, a política de humanização passa pela imbricação das linhas de ação da assistência, gestão e ensino, de modo a potencializar outros modos de fazer saúde em hospitais. O presente artigo é um relato de experiência instituída no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), uma instituição pública e universitária ligada ao Ministério da Educação e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que há 34 anos vem oferecendo atendimento de qualidade aos pacientes – na grande maioria, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) – e desenvolvendo atividades de ensino e pesquisa em saúde. Possui, como visão, ser um referencial público de alta confiabilidade em saúde. A proposta deste relato foi a de descrever a formação da rede de contatos como uma das estratégias criada pelo Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) para implantação dos demais dispositivos da PNH no HCPA.			
4	Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS)	Maria Angélica Carvalho Andrade, Sibelle Maria Martins de Barros, Noíse Pina MacielFrancis Sodré, Rita de Cássia Duarte Lima.	Medicina, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Enfermagem.	Apoio institucional; Humanização das práticas de saúde; Saúde Pública; Política de saúde	Este artigo tem como objetivo refletir sobre uma trajetória da experimentação do apoio institucional no âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal (PQM), considerando o contexto onde foi desenvolvida a experiência, as estratégias e processo de trabalho e as reflexões decorrentes da prática do apoio institucional durante esse processo de experiência/intervenção. Mesmo tendo ocorrido em contextos potencialmente adversos à concretização desse Plano, o exercício do apoio institucional, desenvolvido, ao longo do período de 2010 a 2011, em uma instituição privada de um município brasileiro da Amazônia Legal, permitiu afirmar esse dispositivo como um modo inovador e efetivo ao promover grupidades e equipes de saúde mais solidárias e corresponsáveis com movimentos de mudança das práticas	Interface	2014	https://www.scielo.br/j/icse/a/TKCXVYCetzqcJ4SGFp4Qwdk/?lang=pt#

5	A Clínica Psicanalítica na Saúde Pública: Desafios e Possibilidades	Rita Meurer Victor, Fernando Aguiar	Psicologia	Psicanálise. Psicologia clínica na saúde. Medicina. Saúde pública.	A partir da reforma sanitária, na década de 1970, e da criação do Sistema Único de Saúde - SUS, em 1988, os serviços ambulatoriais foram fortalecidos no Brasil. Constituídos por equipes interdisciplinares, a presença do psicanalista é neles cada vez mais comum. Entretanto, ainda que diversas áreas científicas se façam presentes nas equipes ambulatoriais, a hegemonia médica é indiscutível, o que muitas vezes culmina em dificuldades para a prática do psicanalista. Com isso, a viabilidade da clínica psicanalítica nos ambulatorios brasileiros é constantemente questionada e ameaçada, pois são inúmeras as divergências entre as demandas institucionais e o trabalho analítico. Diante desse contexto, este artigo tem como objetivo central a investigação dos impasses que ocorrem entre a psicanálise e as equipes dos ambulatorios médicos. Trata-se de um trabalho teórico, cujas fontes foram as produções bibliográficas a respeito do tema. Como conclusão, destaca-se que, apesar dos entraves e constantes desafios aos quais é submetida, a prática psicanalítica é plenamente viável e efetiva nos ambulatorios públicos brasileiros.	Psicologia, Ciência e Profissão	2011	https://www.scielo.br/j/pcp/a/XYmFfxRFXTKM8VFrWfBykgJ/?format=pdf&lang=pt
6	Estratégias de produção de si e a humanização no SUS	Anita Guazzelli Bernardes, Neuza Guareschi	Psicologia	Política Nacional de Humanização ; Tecnologias de si; Modos de subjetivação	O artigo visa a problematizar a relação entre as estratégias de produção de si e a Política Nacional de Humanização como um dos princípios do SUS no campo da saúde pública, assim como busca refletir a condição de existência da Humanização no campo da saúde coletiva. Para tanto, discutem-se as maneiras como essa política articula produções discursivas sobre o modo de subjetivação do indivíduo, os mecanismos de controle que intentam forjar modos que transcendem uma condição humana. Para produzir tal discussão, utiliza-se uma abordagem fundamentada em teóricos contemporâneos, principalmente os conceitos foucaultianos de tecnologias de si e modos de subjetivação, que entendem o discurso de forma a enaltecer não o que significa um conceito, mas sim, o que se produz a partir deste.	Psicologia, Ciência e Profissão	2007	https://www.scielo.br/j/pcp/a/FQYj85HgeLcRVLWsJBnT66C/?lang=pt#
7	As Sequelas Psicológicas da Tortura	Alfredo Guillermo Martín	Psicologia	tortura, seqüelas psicológicas, processo traumáticos, psicodiagnóstico.	Analisa-se, no texto, as seqüelas psicológicas da tortura, sendo esta compreendida como instituição do Estado e como experiência-limite em diferentes aspectos (as três etapas do processo traumatizante, principais seqüelas somáticas, retraumatização). Estuda-se o incremento das psicoses, a alta porcentagem de suicídios, as dificuldades de reinserção social, as seqüelas crônicas trans-geracionais e a taxa de mortalidade muito superior à normal. Desenvolve-se uma análise detalhada das questões	Psicologia, Ciência e Profissão	2005	https://www.scielo.br/j/pcp/a/sBZjKMFLRFmX6DLkLdSh8wR/?format=pdf&lang=pt

					ligadas à indenização das vítimas. Propõem-se instrumentos diagnósticos e terapêuticos apropriados, baseando-se numa crítica clínica do PTSD, numa ampla experiência pessoal e numa bibliografia internacional atualizada.			
8	Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz	Eliane Hollanda, Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira, Gabriela Rievers Borges de Andrade, Alex Molinaro, Jeni Vaitsman.	Ciências Sociais, Serviço Social, Psicologia, Administração de Empresas, Sociologia.	Satisfação do usuário, Responsividade, Atendimento, Ambulatório, Survey.	O artigo discute resultados de uma pesquisa sobre satisfação dos usuários com o atendimento em três unidades assistenciais da Fundação Oswaldo Cruz na Cidade do Rio de Janeiro, tomando como base as categorias satisfação do usuário e responsividade. Pesquisou-se as percepções e as opiniões de pacientes ambulatoriais sobre o atendimento no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Instituto Fernandes Figueira e Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Foram aplicados questionários a partir de amostras intencionais para cada unidade, em um total de 1.339 questionários válidos. A pesquisa encontrou uma alta satisfação entre os usuários, principalmente com o atendimento dos profissionais de saúde. Porém, itens específicos, tais como limpeza dos banheiros e privacidade durante as consultas, não foram bem avaliados. A melhoria desses aspectos depende não somente de investimentos em recursos financeiros e tecnológicos, mas de mudanças na cultura organizacional. Inicialmente é feita uma discussão da literatura sobre satisfação do usuário, identificando os conceitos que nortearam a pesquisa. Em seguida, descrevem-se as etapas metodológicas, as quatro dimensões dos serviços avaliadas – dignidade, agilidade, instalações e informação – e se analisa os resultados da pesquisa.	Ciência & Saúde Coletiva	2012	https://www.scielo.br/j/csc/a/ygdjDpPpsvb85WykgKzt8NS/?format=pdf&lang=pt
9	Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico	Luciana da Silva Alcantara, Joana Lezan Sant'Anna, Maria da Glória Nascimento de Souza.	Serviço Social, Psicologia, Pedagogia.	Finitude, Interdisciplinaridade, Família, Humanização	O adoecimento por câncer, que envolve sobremaneira tratamento invasivo e mutilador, traz repercussões na vida dos sujeitos, remontando a um imaginário de associação à dor, limitações e receio da morte, o que demanda a participação do familiar ou responsável pelo paciente durante o tratamento. O atendimento aos familiares ou responsáveis pelo paciente é um importante conteúdo da avaliação do cuidado nas instituições de saúde, enquanto aspecto integrante do processo de humanização da assistência e que requer dos profissionais a capacitação para identificar e atender suas necessidades. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo trazer à tona algumas considerações sobre o trabalho interdisciplinar no acolhimento à família dos pacientes do Centro de Tratamento Intensivo adulto do Hospital do Câncer I, enquanto proposta eficiente no que tange ao atendimento de tais necessidades de informação clínica.	Ciência & Saúde Coletiva	2013	https://www.scielo.br/j/csc/a/hZ6XnDSfrTHqHrmr3rjH4sQ/?format=pdf&lang=pt

					orientação e suporte social, clínico e/ou psicológico.			
10	POLÍTICAS PÚBLICAS E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: A REALIDADE DO SUDESTE GOIANO	Tatiana Machiaveli Carmo Souza, Yara Layne Resende Sousa	Psicologia	violência; gênero; psicologia social; direitos humanos.	O estudo teve como objetivo investigar a implementação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher nas instituições de Assistência Social (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e Segurança Pública (Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher) do sudoeste goiano. Realizou-se entrevistas semiestruturadas junto a cinco coordenadoras e seis psicólogas de Delegacias da Mulher e CREAS. Os dados qualitativos foram interpretados à luz da análise de conteúdo. Constatou-se que as políticas de enfrentamento à violência contra a mulher ainda não estão devidamente implementadas na região investigada, deste modo, as profissionais encontram dificuldades no exercício de seu trabalho. Verificou-se, ainda, a escassez de teorias e técnicas que norteiem a atuação dos psicólogos nesse campo.	SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo	2015	http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v16n2/v16n2a06.pdf
11	Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública	Dário Frederico Pasche, Eduardo Passos, Élica Azevedo Hennington	Enfermagem, Psicologia, Medicina	Humanização da assistência, Gestão em saúde, Política pública em saúde	O artigo apresenta o cenário de emergência e a trajetória da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, que como política pública foi construída para enfrentar e superar os desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e enfrentar problemas no campo da gestão e da organização do trabalho em saúde. Destacando-a como política pública, os autores analisam suas principais apostas e ofertas teórico-metodológicas para o enfrentamento de problemas na gestão e nas práticas de atenção em saúde, apontando para a necessidade de se combinar estratégias nos planos macro e micropolítico, sem dissociá-las. A análise enfoca mudanças na composição e nas estratégias de ação, as quais incluem a mobilização social, o apoio a instâncias de gestão, os serviços e as equipes de saúde e o desenvolvimento de processos de formação de apoiadores institucionais. Apresenta alguns resultados obtidos nos seus primeiros cinco anos de existência, bem como limites e perspectivas, considerando o desafio da Política de Humanização do SUS se constituir efetivamente em política pública, o que não pode ser alcançado sem a mobilização das forças sociais que se agenciam para além do Estado.	Ciência & Saúde Coletiva	2011	https://www.scielo.br/j/csc/a/hcgHbs6rBMNdSsw7PFbflh/?format=pdf&lang=pt
12	A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de	Ligia Bahia, Nilson Rosario Costa, Cornelis van Stralen.	Medicina, História, Psicologia.	Agenda da saúde, Prioridades das instituições não-governamentais,	Este trabalho, com base na consulta a informações sobre as pautas de debate e trabalho e de instituições públicas e movimentos sociais selecionados, identifica subtemas prioritários e estratégias de ação que conformam a agenda da saúde. Detalham-se convergências e	Ciência & Saúde Coletiva	2017	cielo.br/j/csc/a/FX9fm4qDNCvzqLwpp7bjmDM/?format=pdf&lang=pt

	debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais			Movimentos sociais.	dissintonias entre as proposições, concepções e linhas de ação de distintos agentes, bem como contradições da dinâmica dos movimentos sociais e conselhos de saúde. As reflexões sobre as afinidades e lacunas das agendas investigadas, por um lado, sinalizam por um lado a consolidação e preponderância da saúde para o país; por outro, questionam as perspectivas de mudança dos padrões que estruturaram o sistema de saúde brasileiro. A partir dessas interrogações, são apresentados quatro desafios à implementação do SUS.			
13	Ouvidoria: uma possibilidade de atuação do psicólogo	Pereira MD	Psicologia	Ombudsman / Ouvidor; ouvidoria; psicólogo; gestalt-terapia.	O presente artigo apresenta a ouvidoria como uma possibilidade de atuação do psicólogo e têm por objetivo fazer uma discussão sobre alguns aspectos, a partir da abordagem da gestalt-terapia, como o encontro (de que forma estabelece a relação), o ouvir (atitude) e o acolhimento (ação), que são importantes também na atuação do ouvidor.	Revista IGT na Rede	2013	http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v10n19/v10n19a05.pdf
14	Atendimento ao Cidadão-Trabalhador em uma Instituição de Ciência e Tecnologia em Saúde: o desafio da gestão do trabalho de Ouvidoria Interna	Pereira MD	Psicologia	Ouvidoria (Interna e Externa), gestão do trabalho, democracia e processo participativo, configuração organizacional, inovação.	O presente estudo analisa do ponto de vista da gestão do trabalho, as demandas dos profissionais de uma Instituição de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CT&I/S), que chegam às suas diferentes instâncias estruturais, e propõe um modelo de gestão, com as principais estratégias, para a criação de uma Ouvidoria Interna que complemente o formato democrático e participativo gerencial assumido, e se consolide em seu papel como facilitadora da articulação e integração entre as instâncias estruturais, visando à melhoria do bem-estar no ambiente de trabalho e dos níveis de satisfação do cidadãotrabalhador em uma instituição de CT&I/S. Entendendo-se que este Canal não só é uma qualificação do modelo de gestão adotado, mas, principalmente, é indutor e harmonizador de inovações, no contexto dinâmico da ciência e do desenvolvimento tecnológico em saúde e, conseqüente, contribuição para o Sistema Nacional de CT&I/S.	Revista IGT na Rede	2013	http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v10n18/v10n18a04.pdf
15	Psicologia e Análise de Implementação de Políticas Públicas: Um Diálogo Interdisciplinar	Passone EFK, Perez JRR	Psicologia, Pedagogia.	Democracia. Política social. Psicologia. Política de saúde	O presente ensaio resulta da apresentação do tema Metodologias de análise de implementação de políticas públicas, no I Seminário Regional de Psicologia e Políticas Públicas, realizado pelo Conselho Regional do Rio de Janeiro, e visa a aprofundar a interlocução da Psicologia com a construção das políticas sociais a partir de uma revisão teórica sobre o campo de análise de implementação de políticas públicas. Apoiando-se na constatação do crescente interesse e da participação da Psicologia no campo das políticas públicas, discute-se o padrão de intervenção do Estado dentro do processo	Psicologia, Ciência e Profissão	2013	https://www.scielo.br/jpcp/a/TSnWPLHr5xkhkFyJrPZq4tm/?format=pdf&lang=pt

					histórico de consolidação do sistema de proteção social no Brasil.			
16	Psicologia da Saúde Crítica no Contexto Hospitalar	carvalho DB.	Psicologia	Psicologia da saúde. História da Psicologia. Psicologia hospitalar. Atuação do psicólogo.	O texto apresenta uma discussão sobre a Psicologia da saúde no contexto hospitalar a partir de uma perspectiva histórica e ética, mostrando como o desenvolvimento desse campo foi caracterizado pelo surgimento de duas perspectivas: a Psicologia da saúde tradicional e a Psicologia da saúde crítica. O modelo de quatro abordagens à Psicologia da saúde é apresentado e reformulado com a inclusão do conceito de Psicologia sanitária, e a prática em Psicologia da saúde é discutida à luz do conceito de reflexividade. Por fim, alguns questionamentos derivados da Psicologia da saúde crítica são feitos à prática do psicólogo no contexto hospitalar.	Psicologia, Ciência e Profissão	2013	https://www.scielo.br/jpcp/a/MnXKpCyJbNTLrgmxjcj5fWR/?format=pdf&lang=pt
17	De Outras Tecituras Possiveis em Psicologia do Trabalho	Tubino CL, et al.	Psicologia	Psicologia do trabalho. Análise institucional. Análise de implicação. Produção de demanda.	Este escrito se propõe a discutir uma experiência de estágio em Psicologia do Trabalho, a partir das indagações advindas de um estranhamento suscitado no encontro com práticas e discursos cristalizados relativos ao fazer do psicólogo em uma organização. Para tal reflexão, tomamos a prática do acompanhamento funcional (af), realizada junto a servidores considerados ‘funcionários-problema’, como um analisador que tensiona o engessamento de estratégias de intervenção centradas nos conflitos individuais do trabalhador. Ao longo de nossa experiência, percebeu-se que a escuta do trabalhador poderia ser uma via de acesso às relações de trabalho, uma vez que os funcionários ocupavam o lugar de porta-vozes de um grupo, possibilitando uma análise da produção de demanda do local. Apesar de nos depararmos com uma prática cristalizada do af, centrada no indivíduo-problema, ressaltamos ser imprescindível que o psicólogo possa se movimentar dentro deste instituído e compreender as formas como o local de trabalho se organiza, e, através de uma análise de implicação, pensar como a própria Psicologia vem se organizando, naquele local, para atender aos pedidos que lhe são dirigidos.	Psicologia, Ciência e Profissão	2009	https://www.scielo.br/jpcp/a/FMrfjTCncbGSYxjqzdyjpYk/?format=pdf&lang=pt
18	O alongamento do tempo de prisão e a violação de direitos na custódia de presos no Brasil	Rangel FM, Bicalho PPGB	Ciência da Computação, Psicologia	crime, prisão, políticas públicas, problemas sociais	O presente artigo teve por objetivo analisar alguns aspectos da racionalidade política que rege o sistema prisional brasileiro na atualidade. Para isso, tomaram-se como objeto de pesquisa, os relatórios de inspeções realizadas em estabelecimentos penais brasileiros pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária entre 2011 e 2012. A análise do alongamento do tempo de prisão possibilitou inferir a lógica, não somente limitada às prisões, mas expandida por todo o corpo social, direcionada, principalmente, àqueles à margem	Avances en Psicología Latinoamericana	2017	https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/4304/3935

					da produção e do consumo. Por isso, a prisão, tal co-mo se observou, funciona como efeito que conserva a função de reprodução desta racionalidade.			
19	Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras	Vasconcelos MFF, et al.	Psicologia, Educação Física	Apoio institucional. Cogestão/gestão participativa. Parto humanizado. Redes perinatais.	A Política Nacional de Humanização (PNH) tem experimentado apoio institucional como estratégia metodológica para interferir em modos de gerir e de cuidar no Sistema Único de Saúde (SUS), qualificando-os. Neste artigo pretendemos analisar a relação entre função apoio institucional e humanização, valendo-nos da experiência realizada no Plano de Qualificação de Maternidades (PQM), para o qual a contribuição da PNH centrou-se justamente no objetivo de desenhar a função apoio institucional. Tendo por base o entendimento de que, para mudar o modelo de atenção e de gestão ao parto e nascimento, é preciso interferir em práticas de saúde ‘desumanizadoras’, no PQM o apoio institucional se constituiu como fio condutor, cujo escopo foi o de, por meio da criação de espaços coletivos de análise e interferência nas práticas, tecer uma rede coletiva de produção de saúde materna e infantil.	Interface	2014	https://www.scielo.br/j/icse/a/kVyCdDPgFMkxskZBkJdPVcf/?format=pdf&lang=pt
20	Violências, sistemas violentos e o horizonte testemunhal	Endo PC.	Psicologia	Violência. Subjetividade. Psicanálise. Testemunho	Este trabalho discute as formas contemporâneas de engendramento e oposição às expressões violentas de resolução de conflitos. O pano de fundo dessa discussão é o debate sobre a violência institucional e urbana no Brasil nas últimas décadas. Destacaremos o testemunho como expressão política, psíquica e social emergente ao lado do recrudescimento dos linchamentos, a partir da década de 80, dos homicídios praticados por agentes do Estado e do crescimento dos índices de homicídios como formas de resolução de conflitos. Não raro, no seio da violência desregrada, viceja um conjunto de valores que são exercidos de modo brutal radicados na disputa entre valentões e “cabras-machos” que, a todo custo, pretendem ratificar sua posição num sistema violento que, para se preservar assim, exige cada vez mais valentões dispostos a colocar a própria vida e a vida alheia em risco. A virilidade combatida aparece, então, como célula subjetiva mantenedora dos sistemas violentos.	Psicologia, Ciência e Profissão	2009	https://www.scielo.br/j/pcp/a/3Mtg8kN8sXYTMw8JpsmscGB/?format=pdf&lang=pt
21	Construindo a participação social junto a usuários de um grupo de apoio: desafios para a qualificação	Detomina VC, Bellenza R.	Psicologia	Participação Social, Políticas Públicas de Saúde, Legislação, Saúde Mental	A literatura aponta a escassez de estudos que descrevem experiências práticas de participação social, embora, enquanto princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), o tema seja valorizado em trabalhos teórico-conceituais. Especificamente em saúde mental, há poucos trabalhos e, de modo geral, estes valorizam o engajamento dos usuários na gestão como parte da reabilitação psicossocial. Assim,	Cad. Ter. Ocup. UFSCar	2015	https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1093/648

	ção da atenção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 1				apresenta-se uma experiência de um CAPS, em Mato Grosso do Sul, para discutir a questão da participação social na qualificação da assistência, conforme as legislações e normas técnicas. Utilizam-se dois tipos de fontes: 1) Relatório Final de Estágio de um Acadêmico de Psicologia de uma universidade pública, que compila 54 sessões de um grupo de apoio; 2) documentos técnico-legais concernentes ao SUS e às Políticas Nacionais de Saúde Mental e de Humanização. Os aspectos assistenciais foram analisados à luz dos respaldos técnico-legislativos, focando demandas e reclamações emergentes na conversação grupal, classificadas nas categorias estrutura e processo, utilizadas para avaliação de qualidade de serviços de saúde. Em sua maioria, os aspectos constavam em Portarias e Normas. Efetivar a participação social não era uma premissa institucional e, dentre os principais entraves, estavam o modelo ambulatorial/médico-centrado e as representações dos “loucos”/“usuários de CAPS” como incapazes. Fazem-se necessários: i) integrar “clínica” e “política”; ii) intensificar o cuidado interdisciplinar e psicossocial; iii) respeitar a cidadania dos usuários de saúde mental e, finalmente, iv) que os espaços coletivos de participação não se esgotem em si mesmos. É necessário, portanto, que os espaços coletivos de participação derivem em encaminhamentos práticos, a fim de aprimorar as estruturas e os processos de trabalho, contemplando solicitações legítimas dos usuários.			
22	SAINDO DO ARMÁRIO: A HISTÓRIA DO MOVIMENTO LÉSBICO EM MACEIÓ	Oliveira MD, Mesquita MR	Medicina, Psicologia.	Movimento de Mulheres Lésbicas. Heteronormatividade. Movimento LGBT. Feminismo.	O objetivo deste artigo é retratar parte da história do movimento lésbico da cidade de Maceió, a partir dos repertórios de militantes que atuaram entre 1990 e 2000 na cidade. Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, com a utilização de entrevistas semiestruturadas com cinco militantes atuantes no período de emancipação e fortalecimento do movimento na cidade. Além disso, foi realizada uma revisão bibliográfica acerca do movimento lésbico no contexto brasileiro, a fim de construir um panorama entre a história local e o movimento nacional. A pesquisa realizada nos remete a um tipo de sociedade marcada fortemente pelo modelo patriarcal que invisibiliza e oprime as experiências das mulheres, em especial das mulheres lésbicas. Desse modo, o retrato dessas histórias possibilita a visibilidade da força das mulheres lésbicas que atuam no movimento colocando-as como protagonistas de suas vidas e lutas.	Revista Ártemis	2018	https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/artemis/article/view/36980/21734
23	O debate sobre	Welington Serra	Enfermagem, Serviço	Educação em saúde;	Analisou-se a relação entre educação em saúde e a política de participação	Interface	2014	https://www.scielo.br/j/icse/a/GNhrBBkz5S4

	educação em saúde no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, ES, Brasil	Lazarini, Francis Sodré, Maristela Dalbello-Araujo	Social, Psicologia	Participação social; Conselho de Saúde	e controle social em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES, Brasil, entre 2005 e 2012. Realizou-se análise documental nos planos municipais de saúde, relatórios de gestão e em 139 atas do Conselho Municipal de Saúde. Evidenciou-se que a gestão orientou sua política pela participação, mas restringiu-se ao Conselho Municipal de Saúde. A educação em saúde foi tratada pontualmente durante as reuniões. Quando debatida, foi como modelo tradicional, configurando-se em estratégia para vigilância. A Educação Popular em Saúde foi mencionada no segundo governo, mas sem a redefinição das práticas. Sinaliza-se a necessidade de reconhecer as diferentes formas de participação social em Vitória e ampliar o debate acerca do modelo dialógico da educação em saúde.			7GBJDRPxsLVg/?lang=pt#
24	Importância da Psicologia na promoção da saúde: relato de experiência de um grupo de pessoas idosas no sertão cearense	Alexandra Silva Cavalcante Feitosa, Antônio Éder Enzo Albuquerque Teixeira	Psicologia, Fisioterapia.	Promoção da Saúde; Psicologia; Idoso	Relatar a relevância da psicologia na promoção da saúde de pessoas idosas do sertão cearense. Trabalho de enfoque qualitativo, de abordagem psicológica com um grupo de oito idosas em Quixeramobim. Foram cinco encontros semanais, com duração de uma hora e meia cada, realizados de fevereiro a março de 2017. A estratégia de promoção da saúde com este grupo teve como enfoque autorreflexões e discussões sobre o envelhecimento, tendo a psicologia um papel significativo para a construção da (re)significação desse período para tais sujeitos, visando a melhoria na qualidade de vida dos mesmos. A partir dessa experiência, verificou-se, portanto, que a psicologia configura-se como uma importante ferramenta para a promoção da saúde do idoso, pois ajuda a fomentar espaços de escuta, fortalecimento de vínculos, protagonismo social e a qualidade de vida dos indivíduos.	Cadernos Esp. Ceará	2018	https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/134/140
25	VIOLENÇA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA	Gabriela Lemos de Pinho Zanardo, Magaly Calderón Uribe, Ana Hertzog Ramos De Nadal e Luísa Fernanda Habigzang	Psicologia	violência contra a mulher; parto; assistência médica; humanização da assistência; direitos reprodutivos	Este artigo teve como objetivo realizar uma revisão narrativa de estudos sobre violência obstétrica. Para isso, abordou-se o histórico do parto e suas intervenções, o conceito de violência obstétrica, os marcos legais e o panorama brasileiro da assistência ao parto. Após a revisão das pesquisas realizadas sobre o assunto, constatou-se que não há um consenso em relação ao conceito de violência obstétrica no Brasil, embora as evidências indiquem que essa prática ocorra. Os dados apontam para a necessidade de uma conceituação de violência obstétrica, preferencialmente em documentos legais que a definam e criminalizem. Tal conceituação auxiliará na identificação e enfrentamento dessas situações. Consideram-se necessárias mudanças nas práticas assistenciais vigentes, visando a reduzir as intervenções	Psicologia & Sociedade	2017	https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?format=pdf&lang=pt

					desnecessárias e as violações aos direitos das mulheres.			
26	Síndrome de Burnout em Trabalhadores do Setor Bancário: Uma Revisão de Literatura	Felipe Silva Dias, Antonio Paulo Angélico	Psicologia	Síndrome de burnout, bancários, prevalência, fatores associados	Objetiva-se identificar, nos indexadores PUBMED, SciELO, LILACS, MEDLINE, PsycINFO, ISI Web of Knowledge e Science Direct, estudos empíricos que investigassem a prevalência e os fatores associados à síndrome de burnout em bancários, e analisá-los em relação aos delineamentos de pesquisa empregados. Foram identificadas 16 pesquisas, agrupadas em variáveis sociodemográficas, pessoais, organizacionais e laborais relacionadas ao burnout. O tamanho da amostra variou de 50 a 6.091 participantes (mediana = 250,5). Duas pesquisas investigaram prevalência, encontrando um resultado de 49,6 e 55,78% dos participantes acometidos pela síndrome. A maioria dos estudos caracterizou-se como pesquisas de levantamento, sendo apenas um experimental. Observou-se que os participantes com jornadas de trabalho igual ou superior a 40 horas semanais e contato direto com clientes foram os mais acometidos pela síndrome. A realização de exercícios físicos se mostrou capaz de reduzir os níveis de burnout entre os participantes. A análise crítica apontou a necessidade de novos estudos com grupos caso e não caso da síndrome e inclusão de outras variáveis pessoais, organizacionais e laborais, que permitam uma melhor compreensão do burnout e o desenvolvimento de tecnologias para sua reversão e prevenção, além de respaldar a generalização dos resultados.	Temas em Psicologia	2018	https://www.scielo.br/j/tps/a/4gzyvVPnR95fPNQ9gZxnT9L/?format=pdf&lang=pt
27	Intervenções em assédio moral no trabalho: uma revisão da literatura	Débora Miriam Raab Glina, Lis Andreia Soboll	Psicologia	assédio moral no trabalho; prevenção; intervenção.	Justificativa: Embora a problemática do assédio moral no trabalho venha sendo estudada há mais de três décadas, aspectos de gerenciamento e prevenção ainda necessitam de maior estudo e sistematização. Objetivo: Identificar e sistematizar os métodos de intervenção em assédio moral. Método: Pesquisa bibliográfica sobre o tema em bases de dados (Medline, Psycinfo, SciELO e Lilacs), livros, teses e sites especializados (1980 a 2010). Resultados e discussão: O conceito de assédio moral no trabalho é inicialmente delimitado, explicitando os elementos caracterizadores básicos. As intervenções são organizadas em níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) e alvos das ações: indivíduos diretamente envolvidos, testemunhas, grupo de trabalho e organização. Os aspectos que levam ao sucesso das intervenções e às boas práticas são elencados. Conclusão: Dada a natureza complexa do assédio moral no trabalho, intervenções isoladas e pontuais não funcionam. A abordagem precisa ser abrangente e	Rev. bras. Saúde ocup	2012	https://www.scielo.br/j/rbso/a/9wPnFsywPZYMjtP7Sy5Lfyp/?format=pdf&lang=pt

					o acompanhamento das ações, sistemático. Cada caso é singular e o desenho da intervenção deve considerar o contexto organizacional e envolver os vários atores sociais.			
28	Near MissMaterno: Revisão da Literatura	Rodrigo da Silva Maia, Tereza Cristina Santos de Araújo, Brenda de Andrade Rodrigues, Eulália Maria Chaves Maia	Psicologia, Fisioterapia.	Morbidade; Saúde da mulher; Revisão. Abstract Artigo Original	Objetivo: O estudo objetivou caracterizar os artigos científicos sobre near missmaterno. Método: Trata-se de uma revisão narrativa, do tipo integrativa, com recorte em estudos brasileiros. A seleção de artigos foi realizada em dezembro de 2016. Resultados: Ao todo foram encontrados 33 artigos. Quando verificados os critérios de seleção permaneceram sete publicações. Os estudos revisados tratam o tema a partir de diferentes perspectivas, com predominância de pesquisas epidemiológicas. Complicações hipertensivas aparecem como o principal causador do fenômeno. Conclusão: Este se trata de um problema de saúde pública, que impacta à saúde materna e à saúde do bebê, sobre o vínculo e no entorno psicossocial de quem por esta é acometida.	Revist. Port.: Saúde e Sociedade	2017	https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/3434/2709
29	Revisão integrativa sobre redes de cuidados aos adolescentes em situação de violência sexual	Gabrielly Becalli Broseguini Alexandra Iglesias	Psicologia	Violência Sexual; Adolescente; Redes de Cuidados; Revisão Integrativa	A intervenção na área da violência sexual na infância e adolescência requer articulação entre vários serviços e atores para a garantia do cuidado integral, interdisciplinar e continuado. No caso dos adolescentes, há particularidades nessa questão, como: a possibilidade de uma gestação e de sua interrupção legal; o direito à anticoncepção de emergência; e certa dificuldade, por parte de muitos atores sociais, de discernimento entre violência e consentimento. Objetivou-se levantar e analisar as produções científicas nacionais sobre as redes de cuidados aos adolescentes em situação de violência sexual. Para tanto, utilizou-se da revisão integrativa de literatura, sendo selecionados 11 artigos, submetidos a análise de conteúdo temática. Destacaram-se nos resultados cinco categorias: concepções de rede, serviços disponíveis para o cuidado em rede, práticas para o cuidado em rede, dificuldades da atuação em rede e propostas para o cuidado em rede. Poucos dos artigos analisados trazem o entendimento de redes de cuidados e o modo como elas funcionam. Observou-se ainda desfalque de produções que lidem mais especificamente com a questão da adolescência nesses casos. Além disso, notou-se que poucos artigos abordam a família e o território como componentes possíveis na constituição dessa rede.	Ciência & Saúde Coletiva	2020	https://www.scielo.br/j/csc/a/gFJHMvxKj6xbnFtZBmHsrBn/?lang=pt#
30	Gênero e COVID-19 no contexto da população de	John Elton Costa do Santos, Thiago Ribeiro Costa	Psicologia	Refugiados e migrantes; Gênero; COVID-19; Manaus	O presente texto é composto por uma análise de conjuntura social sobre o impacto da COVID-19 no cotidiano de refugiados e migrantes residentes em Manaus. Para esse fim, buscamos trabalhar com dados e informações de sites oficiais que	Mundo Amazônico	2020	https://revistas.unal.edu.co/index.php/imanimundo/article/view/88474/76752

	refugiados e migrantes na cidade de Manaus-Amazonas				veicularam as ações promovidas pelas organizações (nacionais e internacionais) implicadas. A análise é enriquecida pela narrativa de um Trabalhador Humanitário, coautor do texto, que desenvolve suas atividades junto à população de refugiados e migrantes LGBT e nos traz um olhar atento sobre a vida precária de mulheres transexuais durante a quarentena			
31	ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM CASOS DE ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA	Adriana Farias dos Reis Ferreira, Ana Caroline de C. F. Fernandes Macedo, Audinéia da Silva de Castro, Gil Marcos Pereira da Silva Júnior, Luiz Marcus Silva do Nascimento, Karoline Costa e Silva, UNIFSA	Psicologia	Abuso sexual. Violência sexual. Terapia cognitivo comportamental. Infância e adolescência	Abuso sexual infanto-juvenil é considerado um dos tipos de violência grave, em que, atualmente, o número de ocorrências registradas vem aumentando consideravelmente, sem contar os casos não revelados, podendo ser influenciado devido a maioria deles, ocorrer em ambiente familiar. O presente artigo tem a finalidade de caracterizar as técnicas utilizadas pelos psicólogos em atendimentos de crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual. A pesquisa foi do tipo revisão integrativa da literatura, considerando as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Artigos, Teses entre outros, foram selecionados 9 artigos que atenderam aos critérios referentes ao objetivo. Os resultados da pesquisa indicam que são diversas as técnicas utilizadas pelos psicólogos em atendimentos de crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual e percebeu-se uma predominância da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) nos estudos pesquisados, resultando na diminuição dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse, bem como na percepção do abuso e na modificação de comportamentos disfuncionais.	PhD Scientific Review	2021	http://www.revistaphd.periodikos.com.br/article/10.53497/phdsr1n7-001/pdf/revistaphd-01-07-1.pdf
32	Aumento da violência intrafamiliar e os fatores associados durante a pandemia de COVID-19: revisão integrativa da literatura	Graziele Testa Dulius, Aline Winter Sudbrack	Psicologia, Ciências Sociais	Violência intrafamiliar, violência doméstica, COVID-19.	Objetivo: Investigar e analisar a produção científica nacional acerca dos fatores associados ao aumento da violência intrafamiliar durante a pandemia de COVID-19. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A busca na literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: SciELO, LILACS e PubMed. Resultados: Nesta revisão foram selecionados 6 estudos. Da leitura e análise das publicações, os aspectos mais referidos e relacionados com a violência intrafamiliar durante a pandemia de COVID-19 foram: desigualdade de gênero; convivência intensificada e casa como local inseguro; menor acesso a rede de apoio e mudanças no funcionamento dos serviços de atendimento e dificuldades financeiras, fome e desemprego. Conclusão: Pode-se, a partir desse estudo, compreender que essa temática não ocorre como consequência direta da pandemia e	Revista Saúde em Redes	2021	http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/revista-rede-unida/article/view/3381

					do isolamento social, mas é intensificada por elas. A implementação de medidas que colaborem para redução da violência em todos os níveis é um grande desafio, sendo indispensável e urgente em todos os níveis: saúde, educação, assistência social e justiça.			
33	Moda e trabalho como prática de exclusão social: uma revisão das produções acadêmicas brasileiras	Pedro Afonso Cortez, Jullie Tenório Ed Din Sammur, Marcus Vinícius Rodrigues de Souza, João Paulo Araújo Lessa	Psicologia, Comunicação Social, Direito	Moda. Gênero. Exclusão social. Discriminação no trabalho. Trabalho	A moda é uma construção social polissêmica que pode implicar exclusão social a diferentes atores sociais. Dessa forma, objetivou-se identificar os impactos da indústria da moda nas construções identitárias, contextos de trabalho e organização social, com o intuito de fomentar práticas psicossociais capazes de enfrentar a ocorrência de exclusão social nesses espaços. Foram identificados nove trabalhos sobre o tema por meio de busca na base de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online). Os resultados demonstraram que os estudos foram produzidos predominantemente por meio de método qualitativo com colaborações interdisciplinares entre ciências humanas e sociais aplicadas. De maneira geral, também evidenciaram a moda associada aos contextos laborais precarizados, permeados por anulação identitária de minorias como mulheres, indígenas e imigrantes, os quais tendem a ser submetidos às práticas psicossociais insatisfatórias que devem ser aprimoradas por meio da promoção de ideário equitativo e práticas inclusivas em múltiplos contextos.	Pesquisas e Práticas Psicossociais	2021	http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/e3314/2583
34	Acolhimento como tecnologia em saúde: revisão sistemática	Juliana Rodrigues Silva Lopes, et al.	Fonoaudiologia, Pedagogia, Medicina, Psicologia.	Acolhimento. Tecnologia. Humanização da Assistência. Sistema Único de Saúde.	O acolhimento é compreendido como ferramenta tecnológica de intervenção. Porém, persiste a lacuna em verificar o conceito de tecnologia presente nas publicações. Assim, o objetivo do estudo foi identificar o acolhimento como tecnologia em saúde nas publicações sobre o tema, através de uma revisão sistemática nas bases de dados utilizando termos dos Descritores em Ciência da Saúde. Foram incluídos estudos qualitativos, nos quais foi identificado o conceito de tecnologia. Observou-se recorrência dos temas: tecnologia, acesso, resolutividade, escuta, vínculo, sensibilização, processo de trabalho, modelo biomédico, estrutura física, organização, rede e capacitação profissional. Mesmo quando o termo “Tecnologia” não foi literalmente encontrado nos artigos, o seu conceito esteve presente apontando o acolhimento nas transformações dos processos de trabalho. Portanto, o acolhimento pode ser compreendido como tecnologia em saúde, pois se encaixa no conceito de meio ou atividade para modificar o ambiente.	Revista de saúde Pública do Paraná	2021	http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/486

ANEXO 2: TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD

Eu, RONALDO SALES DE ARAUJO, abaixo assinado, pesquisador envolvido no projeto: A “ouvi(dor)i(a)” hospitalar como dispositivo de transformação – inquietações psicanalíticas sobre o mal-estar em tempos de pandemia, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos (planilha de controle da manifestações inseridas no sistema Ouvidor SUS – Ouvidoria do Hospital Alberto Cavalcanti) da autoria de Ronaldo Sales de Araujo, Servidor Público Efetivo da Fundação Hospitalar de Minas Gerais - FHEMIG, bem como a privacidade de seus conteúdos, conforme preconizam as Resoluções CNS nº 466/12 e CNS nº 510/16, do Ministério da Saúde. Declaro, ainda, conhecer e cumprir os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018) quanto ao tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis que serão utilizados para a execução do presente projeto de pesquisa, e que o tratamento dos dados deverá ocorrer de acordo com o descrito na versão do projeto aprovada pelos CEPs PUC Minas e FHEMIG.

Belo Horizonte, 07 de fevereiro de 2022.

Ronaldo Sales de Araujo

MG-8.418.815

Av. Dom José Gaspar, 500 - Fone: 3319-4517 - Fax: 3319-4517 CEP 30.535.610 –

Belo Horizonte Minas Gerais - Brasil e-mail: cep.proppg@pucminas.br

ANEXO 3: CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

04/05/2022 08:06 SEI/GOVMG - 45862863 - Termo de Anuência GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

Carta de Anuência Institucional

Em princípio, concordamos em participar do projeto de pesquisa intitulado “A “ouvi(dor)i(a)” HOSPITALAR COMO DISPOSITIVO DE TRANSFORMAÇÃO: inquietações psicanalíticas sobre o mal-estar em tempos de pandemia”, sob a responsabilidade do pesquisador Ronaldo Sales de Araújo. No entanto, salientamos que o projeto somente será iniciado em qualquer uma das Unidades da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Fhemig - após sua aprovação pelo Comitê de Ética da Instituição de Origem –PUCMG e posterior aprovação do projeto pela Gerência de Desempenho, Desenvolvimento, Inovação e Pesquisa da Fhemig quanto aos aspectos técnicos, de risco estratégico e de potencial de patentes e, finalmente, por Comitê de Ética em Pesquisa da Fhemig. Tal decisão está baseada na Carta CONEP nº 0212, de 2010. A Fhemig, enquanto Instituição Coparticipante, conhecendo a Resolução CONEP nº 466, de 2012, está ciente de suas responsabilidades no resguardo da segurança e do bem estar dos sujeitos de pesquisa que possam vir a ser nela recrutados por esse projeto. Belo Horizonte, 2 de maio de 2022 Coordenação de Inovação e Pesquisa Gerência de Desempenho, Desenvolvimento, Inovação e Pesquisa Diretoria de Gestão de Pessoas Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

Termo de Anuência Documento assinado eletronicamente por Fernando Madalena Volpe, Servidor(a) Público (a), em 02/05/2022, às 17:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 45862863 e o código CRC 3E6A9DFF. Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 2270.01.0008332/2022-98 SEI nº 45862863