



ANÁLISE INSTITUCIONAL E APOIO INSTITUCIONAL: COLETIVIZAÇÃO COMO PRÁTICA DE RESISTÊNCIA

INSTITUTIONAL ANALYSIS AND INSTITUTIONAL SUPPORT:
COLLECTIVIZATION AS A PRACTICE OF RESISTANCE

Simone Mainieri Paulon ¹
Dário Frederico Pasche ²
Robert Filipe dos Passos ³

Manuscrito recebido em: 21 de fevereiro de 2023.

Aprovado em: 27 de outubro de 2023.

Publicado em: 04 de janeiro de 2023.

Resumo

Introdução: O presente artigo parte da análise da crise política, ética e ideológica promovida pelo avanço da lógica neoliberal e seus efeitos de fragilização do Sistema Único de Saúde (SUS). A legitimação de práticas de devastação de garantias sociais, coloca em xeque a existência de um sistema de saúde que se quer universal, integral e com equidade. **Objetivo:** Buscando evidenciar estratégias de resistência ao desmonte do SUS, apresenta a Análise Institucional e o Apoio Institucional como dispositivos capazes de mobilizar forças destituíntes da lógica neoliberal nas práticas de gestão e de cuidado no campo da saúde. **Método:** Trata-se de uma revisão conceitual que aproxima as ferramentas da Análise Institucional e Apoio Institucional como recursos de práticas destituíntes no SUS. **Resultado:** O trabalho a ser realizado a partir destas ferramentas, no contexto de crise e avanço neoliberal, é o de acionar a ação coletiva para colocar o trabalho e as implicações institucionais em análise. **Conclusão:** Apoiar coletivos, portanto, se apresenta como uma ação de suporte para a produção de uma saúde que seja trincheira de resistência ao desmonte das políticas públicas.

Palavras-chave: Democracia; Fortalecimento Institucional; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Introduction: This article stems from the analysis of the political, ethical, and ideological crisis fueled by the advancement of neoliberal logic and its effects on the weakening of the Unified Health System (SUS). The legitimation of practices that undermine social guarantees raises questions about the existence of a health system that aspires to be universal, comprehensive, and equitable. **Objective:** Seeking to highlight strategies of resistance against the dismantling of SUS, this article presents Institutional Analysis and Institutional Support as mechanisms capable of mobilizing counter-forces to the neoliberal logic in health management and care

¹ Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Docente pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do grupo INTERVIRES Pesquisa-Intervenção em Políticas Públicas, Saúde Mental e Cuidado em Rede

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0387-1595> E-mail: simonepaulon@gmail.com

² Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Docente no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7161-8607> E-mail: dario.pasche@gmail.com

³ Doutor em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente na Universidade Federal do Amazonas.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0900-4262> E-mail: robertfpassos@hotmail.com



practices. **Method:** This is a conceptual review that brings together the tools of Institutional Analysis and Institutional Support as resources for counter-practices within SUS. **Result:** The work to be carried out using these tools, in the context of crisis and neoliberal advance, involves activating collective action to critically examine work and institutional implications. **Conclusion:** Supporting collectives, therefore, emerges as a supportive action to contribute to the production of a healthcare system that serves as a stronghold of resistance against the dismantling of public policies.

Keywords: Democracy; Capacity Building; Unified Health System.

À GUIA DE INTRODUÇÃO: SAÚDE É DEMOCRACIA?

O que nos interessa nessa reforma sanitária, imaginando que ela seja um projeto nacional, [...] é a melhoria das condições de vida da população. Que morram menos crianças, que o nosso povo viva mais, que o nosso povo cresça mais, que o nosso povo tenha menos medo, que o nosso povo trabalhe melhor, que o nosso povo participe cada vez de uma forma maior na criação do nosso futuro, que essa nação cada vez mais se autodetermine, e crie um projeto brasileiro. Nós temos que aprender a viver com a diversidade, com o coletivo. E vai ser na diversidade e no coletivo que nós vamos construir nosso projeto [...] de uma sociedade mais justa ¹.

Foram nestes termos que, há mais de três décadas, Sérgio Arouca abriu os trabalhos da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). A primeira conferência de saúde com a participação ativa da sociedade civil ficaria marcada por estabelecer as diretrizes do Sistema Único de Saúde, caracterizando-o como uma política basilar para a construção de um projeto de sociedade democrático e com justiça social.

Da aprovação do SUS pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 até os dias atuais, o SUS passou por diferentes momentos históricos, vivendo uma etapa de estagnação nos primeiros anos, para posteriormente passar por uma franca ascensão na primeira década e meia do século XXI ². Porém, os últimos anos têm se apresentado como aqueles que talvez representem a maior crise da história do SUS. Diferente das muitas outras crises experimentadas em diferentes períodos das mais de três décadas de construção desta imensa e generosa engenharia social que o SUS representa, o atual momento do sistema excede os problemas relacionados ao seu financiamento, à qualidade dos serviços ofertados, ou à qualificação dos trabalhadores para operarem na perspectiva de uma saúde efetivamente pública. O que coloca em xeque o SUS em nosso tempo é uma crise política, ética e ideológica, uma disputa de interesses que também atravessa o campo da saúde como efeito de uma crise muito mais grave do estado democrático de direito.



Esta crise tem raízes profundas e se origina na impossibilidade de se manter ganhos de capital, quer seja pelo processo de transformação das forças produtivas, que impõe a destruição dos antigos arranjos produtivos, a exemplo do que tem sido provocado pelas tecnologias de 4ª geração, quer pela financeirização do capital, que não gera, necessariamente, mais valor. O desdobramento dessa crise leva “à impossibilidade de se continuar financiando o arranjo social do Estado de bem-estar”³, levando a uma mudança estrutural regressiva da esfera pública³. O desfinanciamento das políticas públicas, como consequência dessa crise, além de ampliar o grau de sofrimento de parcela significativa da população, amplia as tensões sociais, faz emergir um Estado Penal, com a ampliação da violência do Estado contra os excluídos, que aparece como estratégia de regulação da vida social, pois pela primeira vez na história do capitalismo, uma parcela crescente da sociedade será absolutamente dispensável para sempre³. Nesta perspectiva, as ameaças ao SUS não se localizam em seu encolhimento, ou retração, mas de sua inviabilidade diante de uma lógica destrutiva do capital, que necessita de investimentos que, então, não devem ser deslocados para o financiamento de políticas públicas. Alterações constitucionais no financiamento do SUS, a exemplo da PEC 86, aprovada em 2015 e das políticas sociais como um todo pela Emenda Constitucional 95, aprovada em 2016, são instrumentos que concretizam esse enunciado, decretando a constitucionalização do desfinanciamento do SUS⁴.

O congelamento dos gastos com políticas públicas por duas décadas representa o mais duro golpe no financiamento dos recursos para a garantia de direitos previstos na Constituição Federal de 1988. Na prática, essa decisão mina definitivamente a possibilidade de afirmação do estado democrático de direito, concretizando a premissa ideológica neoliberal de que somente o mercado é capaz de responder efetivamente as demandas sociais.

Campos⁵ avalia que a atual descaracterização do caráter público das políticas de saúde do país inscreve-se na perspectiva privatizante e neoliberal do Estado brasileiro, movida por uma “racionalidade reducionista - avessa às políticas sociais”. Neste sentido, o sanitarista evoca o caráter transformador da Reforma Sanitária que levou à criação do SUS e convoca os muitos atores que a criaram e ainda a sustentam



em aprofundar as críticas que definiram o movimento, lembrando que “a luta pelo SUS depende da luta contra a desigualdade, contra o racismo, contra o machismo, contra a concentração de poder em governantes, gestores, autoridades, e assim por diante”⁵.

É sabido que a base dos direitos sociais, na tríade que coaduna estes e os direitos civis e políticos, sempre são aqueles mais tensionados e suscetíveis a serem questionados, especialmente em momentos de crise econômica⁶. Assim, o contexto atual é de avanço do pensamento neoliberal, que não se resume a um arranjo de políticas favoráveis ao mercado, mas que surfa na onda da crise econômica, política e social pela qual o Brasil tem passado nos últimos anos para apresentar-se como projeto “alternativo”. Os jovens que circulam pelas ruas com a frase “Menos Marx, mais Mises” estampadas em suas camisas dão o tom desta disputa, assinalando que as bases do debate têm sido tensionadas de forma significativa.

No campo da saúde esta disputa tem se apresentado de várias formas, como pela privatização de serviços e a introdução de novos desenhos institucionais, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS) e Fundações Públicas de Direito Privado⁷, mas talvez o debate que melhor exemplifique e dê a dimensão do atual embate de forças antagônicas é o dos modelos de gestão. É no enfrentamento e superação da racionalidade administrativa hegemônica, herança taylorista nas práticas de saúde, que Campos propôs a Saúde Paidéia⁸, amparada em uma perspectiva coletivizante e produtora de redes para estabelecer os processos de trabalho e a base das relações, por consequência, no modo de fazer saúde. Para Campos, o processo de trabalho em saúde não pode reproduzir a lógica taylorista da linha de produção. A saúde deve ser proposta necessariamente de um modo coletivo e democrático⁸.

Para o pensamento neoliberal o Estado é apresentado sempre como uma instituição grande demais, burocrática demais e eminentemente ineficiente. Aliado a esse discurso há a defesa da eficácia do mercado a partir da sua “natural” capacidade de autorregulação das relações sociais.

O discurso neoliberal, autodenominado “libertário”, busca deslegitimar toda e qualquer pauta social, representada em especial na figura de um Estado caracterizado pelo Leviatã, o monstro hobbesiano, autoritário e cerceador das liberdades individuais.



Esta perspectiva radicaliza a lógica do “enxugamento da máquina”, de “um estado menor” ou “menos burocrático”, característica do debate político pautado pela defesa de um “Deus mercado” regulador da vida ⁹. O discurso neoliberal tem sido radicalizado com o avanço do capitalismo financeirizado e passa a pautar a extinção do estado como um todo. É uma lógica que visa substituir, em última instância, a ideia de um Estado de Bem-Estar, que tem como uma de suas premissas constituintes o dever de promover justiça social, pela figura do mercado enquanto instância auto reguladora de toda economia e, portanto, das relações humanas e dos humanos com seu tempo ⁹.

Tal perspectiva caminha no sentido oposto ao projeto de sociedade expresso no discurso de Sérgio Arouca três décadas atrás. Nestes termos, a base do debate não se dá mais a partir da responsabilidade do Estado como instância representativa dos interesses coletivos, mas sim sobre o direito individual como um problema privado que desresponsabiliza qualquer instância governamental das problemáticas sociais, da articulação de políticas públicas, entre elas o direito à saúde.

Safatle ¹⁰ diagnostica os efeitos que esse modo de produção econômica e decorrente concepção de Estado produzem nos modos de subjetivação contemporâneos. O filósofo entende a exacerbação do individualismo contemporâneo como sintoma mais direto de nosso modo de vida atual e assim descreve a hegemonia de afetos que nos reduzem a autômatos melancólicos, facilmente governáveis:

É possível dizer que o poder nos melancoliza e é dessa forma que ele nos submete. Essa é sua verdadeira violência, muito mais do que os mecanismos clássicos de coerção e dominação pela força, pois trata-se aqui de violência de uma regulação social que leva o Eu a acusar a si mesmo ¹⁰.

O problema central desta subjetividade hiper individualizada é a impossibilidade de nos reconhecermos como sujeitos de desamparo, que é exatamente a condição fundamental para nos constituirmos enquanto sujeitos políticos. É preciso um trabalho de elaboração da nossa própria incompletude, da insuficiência que nos constitui, para que possamos abrir mão da demanda de autoridade, em detrimento da necessidade da formação de alianças para a produção do comum ¹⁰.



Voltando ao ato fundante da VIII Conferência que apontava só haver saúde para todos quando há democracia, assim como só há democracia quando há saúde para todos, podemos dizer que o projeto de sociedade que ampara a defesa do Sistema Único de Saúde só é resgatável junto a um projeto social pautado no comum. A disputa de projetos de sociedade que atravessa a conjuntura política brasileira coloca em xeque a sobrevivência do SUS. É preciso, portanto, desde a interioridade das práticas de saúde, propor também ações que respaldem este projeto que se ampara na coletividade, na solidariedade e na justiça social.

Este artigo inscreve-se no conjunto de esforços teórico-metodológicos de sanitaristas cujas implicações com a dimensão pública da política de saúde, arduamente construída ao longo de mais de 30 anos de regulamentação do SUS, não permitem silenciar diante dos ataques a seus princípios e retrocessos de suas mais caras conquistas. Atendendo à convocatória feita por Campos ⁵ para que se construa um projeto unificado que concretize o direito universal à saúde, propomo-nos a integrar este debate com uma análise acerca da função apoio junto aos coletivos do SUS, tomando-a como tecnologia de ampliação da democracia institucional que pode contribuir com a superação dos atuais impasses que a saúde coletiva e o país enfrentam.

SAÚDE COLETIVA E FERRAMENTAS POSSÍVEIS PARA A PRODUÇÃO DO COMUM

Esse mundo, podemos transformá-lo exclusivamente de dentro, metamorfoseando a nós mesmos, tornando-nos quimeras e monstros, libertando-nos de todas as subjetivações capitalistas ¹¹.

Quando Toni Negri apresenta com Michel Hardt sua proposição de uma nova concepção de *Bem-Estar Comum* ¹² (terceiro título que completa a trilogia junto aos livros *Império* e *Multidão*) a problematização que está em foco concerne à atualidade da necessidade de revolução, incluindo para isto as condições concretas e materiais que poderiam levar a novas formas de organizações sociais que façam frente à exploração do capitalismo globalizado. Pensando com os autores que a produção do comum passa por novos agenciamentos coletivos que acionem a potência multitudinária de uma pluralidade afetiva, uma sinergia coletiva que contemple muitas e várias forças subjetivas, há que se tensionar o campo da saúde na direção



desse movimento que, nas palavras de Arouca, nos levariam a aprender a viver com a diversidade e construir uma sociedade mais justa. Também Pelbart parece apostar nessa construção quando evoca o conceito do filósofo italiano para falar de um “conjunto dos cérebros em cooperação (...). Enfim, eis aí o bios social, o agenciamento vital, material e imaterial... Em suma, esse comum é um conjunto de singularidades em variação contínua”¹³.

Trata-se, portanto, a partir desse ponto em que se pactua um sentido produtor de coletivos às ações de saúde, ao que também poderíamos designar por resgate à dimensão pública da saúde, de pensar que ferramentas temos construído no campo da saúde coletiva para pautar a produção do comum. Aqui propomos a aproximação de dois dispositivos metodológicos de intervenção que guardadas as devidas diferenças, contemplam esta dimensão ético-política aqui evocada com base no conceito de Bem-Estar Comum. Enfocaremos, para tanto, as metodologias de trabalho da Análise Institucional e a tecnologia do Apoio Institucional em Saúde.

Nada mais contemporâneo, neste tempo que demanda a produção de estratégias de resistência aos ataques neoliberais à saúde, que a premissa institucionalista “transformar para conhecer”. O slogan-lema do movimento institucionalista francês^{14,15} foi retirado dos muros da Paris de 1968 para evocar a inversão metodológica crítica à linearidade da pedagogia tradicional. Se é possível aprender-se com os efeitos do movimento revolucionário, todas as hierarquias que colocam a autoridade do saber professoral, patriarcal ou governante acima dos coletivos, podem ser questionadas. Quiçá revertida. Deste modo, acompanhar e animar grupos, coletivos e governados a exercerem sua autonomia de pensamento, constituírem seus próprios saberes e delimitarem, com eles, seus espaços de poder - autoanálise e autogestão, como propõe o movimento institucionalista - torna-se não só uma metodologia de trabalho social para pequenos grupos de estudantes franceses de meados do século XX. Reunindo variados campos de conhecimento e operadores sociais com origens teórico-políticas das mais diversas, os analistas institucionais inauguram todo um movimento crítico de incidir sobre a realidade de grupos e organizações de modo a produzir-se uma relação cada vez maior de grupos-sujeito e não apenas de grupos-sujeitados^{16,17}.



Na mesma direção, apostar na potência da ampliação da autonomia dos coletivos, como estratégia de produção de crise técnica e ética dos serviços de saúde, e das formas de pensar saúde, é o mote de uma Saúde Paidéia de onde emergirá a figura do Apoiador Institucional ⁸.

Ambas metodologias, ancoradas na proposição de explicitar a implicação dos sujeitos que compõem e produzem as instituições, sustentam-se na compreensão de que todos os sujeitos são atravessados pelas produções maquinicas de nossos modos de existir. No caso específico da instituição saúde, equivale a se dizer que não há produção de saúde que não seja imediatamente também produção de subjetividades e invenção de mundos. Desta forma, produzir saúde através das práticas de um sistema que se quer universal, integral e equânime, é enfrentar frontalmente um projeto de sociedade que se ampara em valores que exaltam o individualismo e a mercadologização da vida. O agir em ato da saúde coletiva promove processos de subjetivação que recusam a neoliberalização da saúde.

Perseguindo, pois o propósito antes anunciado de construirmos caminhos para uma saúde efetivamente coletiva que contribua com a tecitura de um novo Bem-Estar Comum, traçaremos aqui, em um esforço de síntese, um paralelo entre a proposição de uma intervenção socioanalítica e um apoio institucional, para assim compreender de que modo é possível aproximar tais dispositivos em prol de um movimento em defesa do SUS e da dimensão pública da política, tão na contramão desses tempos de privatização econômica e subjetiva.

CRÍTICAS FUNDANTES E AVANÇOS DE CADA PERSPECTIVA

Lourau ¹⁸ funda o pensamento socioanalítico justamente a partir da crítica ao pragmatismo dos modelos psicossociológicos que exerciam grande influência no pensamento institucional na primeira metade do século XX. O pensamento estadunidense, em especial a partir de teóricos como Maslow, Maio, Lewin, Moreno, Rogers, possuíam características “reformistas”, de administração de crises ou disfunções organizacionais, buscando utilizar técnicas que permitissem estabelecer o “bom” funcionamento grupal. Esta forma de pensar as instituições, ainda na sua concepção jurídica, ou seja, da instituição como um estabelecimento, não era



capaz de colocar as instituições, com todo seu aparato conservador, de manutenção dos valores morais de uma época, em análise ¹⁸. Ao elaborar a noção de inconsciente institucional, como dimensão invisível, cultural e subjetivante das instituições, Lourau e Lapassade fazem uma torção ao conceito até então utilizado e com ele delimitam uma nova perspectiva à intervenção institucionalista que deveria focar justamente a dimensão institucional dos coletivos ^{15,18,19}.

Movimento equivalente pode-se observar na elaboração da função apoio no contexto de um programa Saúde Paideia ⁸. Partindo de uma análise dos processos de trabalho em saúde taylorizados, Campos ²⁰ se debruça sobre o que iria designar como “crítica da crítica”. Embora compreenda que os sujeitos são mergulhados na história e na sociedade, e por isso sofrem a influência pesada da racionalidade gerencial hegemônica, reconhece também um ser com relativa e variável autonomia para realizar desejos, interesses, necessidades. Um sujeito, portanto, que não é “despossuído de uma subjetividade singular e de capacidade de reagir ao seu contexto” ²⁰.

De algum modo, o esforço de deslocamento proposto por Lourau e Lapassade do lugar do analista institucional, bem como do modo de compreensão da instituição em si, converge como intenção da ampliação de autonomia dos coletivos proposto por Campos na prática do Apoiador Institucional. Assim como o exercício de controle dos trabalhadores na racionalidade gerencial hegemônica se dá a partir da divisão entre os que se ocupam da gestão e dos que operacionalizam o trabalho ²⁰, o esforço da análise de implicação - ferramenta fundamental de trabalho do analista institucional - é também o de destituir o lugar do *expert*, que se ocupa de pensar pelos outros, sobre os outros.

O Método da Roda, proposto por Campos, pretende deslocar o controle da autonomia sobre os trabalhadores para os próprios trabalhadores, “combinando compromisso social com liberdade” ²⁰. Na medida em que se amplia a autonomia dos trabalhadores através da cogestão dos coletivos, abre-se aí a possibilidade do tensionamento dos modos hegemônicos de propor a organização dos serviços de saúde, na sua dimensão técnica e ética. A gestão compartilhada hibridiza os modos de se fazer gestão, democratiza a participação na tomada de decisão, desestabiliza a separação entre quem planeja e quem opera.



A premissa que sustenta a aposta na ampliação da autonomia dos coletivos é justamente a ideia de que somente sujeitos da análise (incluindo análise de suas relações de poder com as instituições em foco) e da intervenção são capazes de produzir uma saúde instituinte. Desta forma, o recurso da roda é também dispositivo de recusa aos modelos gerenciais de característica neoliberal, uma vez que a prática em si opera sob a análise das relações de poder que se estabelecem através das ações em saúde.

MOTE DA INTERVENÇÃO

Para os institucionalistas, a autoanálise e a autogestão serão assumidas como dispositivos de análise, no sentido de que os próprios atores envolvidos operam para desvelar a dimensão reprimida da instituição. A dimensão inconsciente das instituições passará a ser objeto constante de análise, buscando a explicitação do instituído, operando assim na direção da afirmação de um grupo sujeito. Na socioanálise o analista institucional, portanto, constitui em si – a partir da ferramenta análise de implicação - um dispositivo de intervenção ²¹.

O objetivo central da prática do Apoiador Institucional, por sua vez, é produzir um movimento de análise coletiva do trabalho na perspectiva do que Campos denomina por Saúde Paideia, ou seja, promover uma gestão coletiva e democrática como indutora da mudança nos sujeitos, nos processos de trabalho e nas e organizações de saúde. A cogestão possibilita a recomposição das posições nos jogos de poder dentro dos estabelecimentos, e, tendo em vista que toda a produção de saúde é também produtora de subjetividades, produz-se como efeito novos modos de percepção de si e dos outros ²⁰. Neste sentido, ambos os dispositivos apostam na produção de uma saúde não institucionalizada. A saúde instituída é esta denunciada por não ter como objetivo o cuidado, mas sim a produção dos pacientes que justifiquem a existência dos experts deste campo ¹⁸.

A crítica à instituição saúde, em seus modos enrijecidos e fragmentários de fazer e conceber o trabalho de cuidado compromete-se com a produção da demanda para sua própria reprodução [do instituído], sendo este o mote da intervenção de todo e qualquer apoio instituinte e de análise. Reconhecemos aqui uma pista para



o tensionamento de toda prática que visa fazer da saúde mercadoria. O modo como por vezes é reproduzido nos serviços do SUS uma relação cliente/serviço, que deforma as ações do sistema como esforço de garantia de direitos, são evidenciadas como resultado da lógica do mercado instituída na instituição saúde. E é sob a análise destas práticas que os agentes institucionais (trabalhadores, usuários, gestores, movimentos sociais vinculados a saúde) são capazes de deslocar de suas práticas estes instituídos.

Na medida em que os processos de análise institucional são capazes de evidenciar as formas instituídas de determinada instituição, deflagrando-se as relações estabelecidas entre grupos e/ou indivíduos com estas instituições, é possível favorecer movimentos instituintes. Esta dialética do tensionamento das formas instituídas, que promove movimentos instituintes, e que por sua vez, estabelecerão uma nova forma instituída, é compatível com o propósito do Apoio Institucional de reforçar a democracia organizacional de um determinado estabelecimento/serviço. A democracia organizacional compreende a abertura ao debate, portanto, a emergência da diferença e do contraditório.

LUGAR/POSIÇÃO DO AGENTE DA INTERVENÇÃO

Tanto o Analista Institucional quanto o Apoiador Institucional compõem o processo de trabalho, porém, o que os diferencia é o fato do primeiro necessariamente ser um terceiro externo vinculado à Organização com o objetivo exclusivo de realizar a análise institucional. O Analista Institucional é necessariamente um provocador, um estrangeiro que se insere na dinâmica institucional com o interesse de “infiltrar-se” em lugares institucionais em que os agentes da instituição não estão sendo capazes de circular. Trata-se, portanto, de um intruso autorizado pelo contrato institucional, a tensionar a dinâmica das relações instituídas, favorecendo a emergência de analisadores, produzindo crise para gerar movimento, transformando para conhecer. Já o apoiador institucional pode ser tanto um terceiro externo, quanto um membro da equipe-cliente, sendo uma função que busca contribuir com o coletivo no exercício da análise, buscando aprimorar os projetos e a organização das práticas.



MÉTODO/PRINCIPAIS INSTRUMENTOS

A estratégia fundamental da Análise Institucional é o esforço em liberar a palavra social, compondo enunciados coletivos com o não-saber dos grupos, revelar ocultamentos a nível inconsciente, nos quais estejam operando instituições. A intenção do processo analítico é construir um processo que culmine na Assembleia Geral Sócio-analítica (AGS). A AGS seria o trabalho de imersão com todos os agentes do estabelecimento contratante e os analistas, procurando realizar uma análise coletiva amparada nos fenômenos sociais ¹⁹.

Além desta, o analista institucional contará também com uma série de ferramentas, tais como a análise das implicações, a análise da encomenda, a análise da demanda, bem como da produção de analisadores ¹⁹. Já o apoiador institucional opera através da organização dos coletivos, pautando a produção de saúde a partir da cogestão, visando sempre a ampliação da autonomia e a democracia nos serviços. O método da roda pretende fazer circular os saberes, os poderes e os afetos. Na medida em que a roda se torna método de cogestão, os coletivos ampliam sua capacidade analítica, e por sua vez, sua capacidade de produzir saúde ²⁰.

De qualquer modo, seja a assembleia geral ou o método da roda, estes são dispositivos que podem estar a serviço do SUS, e a partir da saúde produzir experiências que fortaleçam a democracia. Em tempos de esgotamento, o trabalho material e imaterial captura afetivamente o trabalhador, retirando a energia destes de um modo que o impede de reagir de forma coletiva e organizada aos ataques a seus direitos e de toda a população. Assim, a Análise Institucional e o Apoio Institucional apontam como potenciais dispositivos de resistência, pautando a produção do comum a partir das próprias relações de trabalho. O quadro abaixo apresenta em síntese esses dispositivos de intervenção:

Tabela 1

	Analista Institucional - Lourau	Apoiador Institucional - Campos
Críticas fundantes	Ao pragmatismo dos modelos psicossociológicos. Ao intimismo 'psi' dos grupalismo que ratifica a estrutura social (aferrados a técnicas, transformadas em fins); crítica ao estruturalismo	À racionalidade gerencial hegemônica, de base taylorista (controle); crítica ao estruturalismo: o homem não morreu!



Novidade/ Inovação	Escândalo da Implicação. Emergência do conceito de instituição, distinguido de organização/estabelecimento e grupos = Salto acrobático de G. Lapassade.	Aposta na Ampliação da Autonomia dos coletivos como um importante elemento de produção da crise técnica e ética dos serviços de saúde.
Mote Da Intervenção	Autoanálise e Autogestão. Descortinar, tirar a máscara. Para que? Perturbar, desencadear crise para mudar a organização via dimensão inconsciente dos grupos (revelar o + reprimido nos grupos: o instituído) na direção de afirmação de um grupo sujeito .	Saúde Paideia: Gestão como motor da mudança das organizações; compor por reposicionamentos nos jogos de poder com vistas à cogestão ; projeto de felicidade de si e dos outros. Produção de saúde e subjetividades como processos indissociáveis.
Proposta / Aposta	É possível decifrar-se as relações que os grupos/indivíduos mantêm com as instituições e favorecer movimentos instituintes .	É possível mudar as organizações de saúde, ampliando seu valor de uso . Reforçar a democracia organizacional.
Lugar / Posição do agente da intervenção	Compõe o processo de trabalho (terceiro externo) e dispõe de instrumentos, que favoreçam a emergência dos analisadores. Intruso, estrangeiro, provocador institucional	Alguém da equipe-cliente ou terceiro externo ; contribui com coletivos no exercício da análise na perspectiva de aprimorar projetos de intervenção.
Método / Principais Instrumentos	Liberar a palavra social , compor enunciado coletivo com o não-saber dos grupos, revelar ocultamentos, onde operam “n” instituições, cujo horizonte é uma Assembleia Geral Socioanalítica (AGS). Análise das implicações; análise da encomenda; Análise da demanda, Produção de analisadores: “Ver em relevo aquilo que a demanda desenhava em oco”(17).	Organizar coletivos de trabalho para a produção de saúde em sistema de gestão compartilhado que amplie a democracia nos serviços. Construir Rodas de Conversa para circulação de saberes, poderes e afetos; Ampliação da capacidade analítica do coletivo

Fonte: Tabela comparativa entre Analista Institucional e Apoiador Institucional. Elaborada pelos autores.

Considerando tais aproximações entre estes dispositivos, é possível afirmarmos tais práticas como um lugar pertinente para a instauração de experiências que façam resistência ao desmonte do SUS. A constituição de espaços coletivos que permitam criar zonas de contatos e de intercâmbios que permitam a realização de análise, de confrontação de ideias, posicionamentos e afetos, cujo contorno e composição na diferença faz emergir compromissos e contratos em direção a afirmação do SUS como dispositivo de produção e promoção da vida.

A roda, ou o fazer roda, portanto, segue sendo em nosso tempo altamente revolucionário. Em um contexto de exacerbação individualizante, colocar-se na roda, permitindo-se a experiência de construir processos coletivos, apresenta-se como um modo de resistência.



DO PODER CONSTITUINTE À DESTITUIÇÃO

Há um esforço evidente em fragilizar o Sistema Único de Saúde em favorecimento à saúde mercadológica. A intencionalidade de vender a lógica do Estado/ruim e do Mercado/bom no campo da saúde evidencia-se na medida em que, a título de exemplo, o Banco Mundial produz um documento no qual analisa a situação do SUS, e avalia que para garantir uma melhor eficiência de gestão, esta deveria ser assumida por parcerias público-privadas ²². Certamente, o estudo realizado não deve ter levado em conta os dois bilhões de Reais de dívidas das empresas de planos de saúde do país perdoadas pelo Congresso Nacional, a título de multas a serem pagas por conta de serviços ineficazes ou não prestados aos seus clientes ²³. Tão pouco o fato de não haver evidências científicas de que a privatização, na forma de transferência de serviços para entes privados ²⁴, produza maior equidade de acesso e redução de custos.

Por um lado, fragiliza-se o SUS enquanto política, através do subfinanciamento e da campanha permanente de deslegitimação deste como modelo de saúde. Por outro, fragiliza-se a vida das pessoas em todos os condicionantes de saúde: flexibiliza-se direitos trabalhistas, precariza-se o acesso à educação, nega-se direito à moradia, etc. Para Peters ⁹, esta precarização da vida, associada a financeirização da mesma - mesmo que para grande parte da população a vida operada através do consumo não seja acessível, funda um tempo que o autor denomina de pós-democracia. O discurso da garantia de direitos do Estado de bem-estar social dá lugar ao da dívida, autorizando os governos a trabalharem de forma antidemocrática para garantir os direitos de propriedade e poder financeiro das instituições de crédito em detrimento do público.

Na medida em que se pauta a redução do tamanho do SUS, ou a sua substituição por um modelo privado “mais eficiente”, amplia-se a porcentagem da população brasileira que só conta com o sistema único para cuidar da sua saúde. Aprova-se a reforma trabalhista e a lei da terceirização, por considerarem que o trabalho informal é o modelo de trabalho ideal, pois assim, na perspectiva de quem defende este discurso “o Estado não atrapalha a relação entre empregado e empregador”, sem considerar-se que os índices de adoecimento e acidentes de trabalho neste modelo de contrato é majoritariamente superior aos trabalhadores com carteira assinada ²⁵.



A suspensão da democracia promovida pelo avanço do neoliberalismo no Brasil e no mundo anuncia efeitos brutalmente nocivos para a saúde da população. Porém, a obra *Motim e Destituição*²⁶, assinada pelos editores que denominam-se “Comitê Invisível”, assinala que esta noção de saúde que visa instituir-se em nosso país, funciona exatamente para seus devidos fins: “Não é pelo fracasso das instituições de saúde que acabaremos por viver em um mundo tóxico de ponta a ponta e que torne todo mundo doente. Ao contrário, é por seu triunfo. A derrota aparente das instituições é, com frequência, sua função real”²⁶.

O discurso da crise encerra o circuito de aceleração das estratégias de expropriação do capitalismo financeiro. A crise é a palavra-chave para que o sistema financeiro instaure lógicas de extorsão em relação aos estados, forçando que estes assumam políticas de austeridade, cortes com gastos em políticas sociais, precarização do trabalho, entre outras estratégias conhecidas, em prol do pagamento de uma dívida pública que só cresce. Quanto mais crise, mais drásticas são as medidas de austeridade, mais altos são os índices de lucro do sistema financeiro, mais adoecida se encontra a população.

Mas o que tem a saúde com isso? O que é possível ser feito desde a saúde para enfrentar esta condição? O que a função apoio pode oferecer em relação a este enfrentamento? Tomamos aqui emprestado a resposta dada por Negri e Hardt²⁷ em relação a forma como devemos reagir a lógica neoliberal. Para eles, há que se produzir um processo de singularização que seja capaz de reagir a esta condição imputada a nós.

O processo de subjetivação começa com uma recusa. Não quero. Não queremos pagar sua dívida. Nos recusamos a ser despejados de nossas casas. Não nos submeteremos às medidas de austeridade. Em vez disso, queremos nos apropriar de sua – ou, na realidade, nossa – riqueza²⁷.

O SUS não representa somente a possibilidade de garantia de acesso à saúde universal, integral e equânime, mas também de apostar em uma saúde que se faz coletivamente. A aposta em um sistema de saúde público, como bem situou Sérgio Arouca na abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde, é a aposta na democracia, na coragem de lutar por um projeto de sociedade mais justa.



Para exemplificarmos o valor que o SUS guarda em si com relação a esta aposta em um projeto de sociedade, vale o resgate de uma memória. Trata-se de uma usuária de um Serviço Residencial Terapêutico, que no contexto de uma pesquisa sobre modos de cuidar, ao perceber a equipe de pesquisadores que por lá se encontravam muito desanimados por conta de uma derrota política (do governo que havia criado o serviço residencial no estado) busca consolá-los, agradecendo: “Deus continue lhes dando coragem pra continuarem fazendo esses trabalhos que dão coragem pra gente”.

Para Negri e Hardt ²⁷, a forma de produzir o comum, para além desta política que austera não só nossas condições de vida, mas também nosso desejo de viver e lutar pelas nossas vidas, é através da subversão do modo de existir neoliberal. Para os autores, devemos apostar na singularidade, na capacidade de cooperação, na interdependência produtiva. Essas são as chaves para a produção do comum.

Assim como Arouca em outro tempo apostou, Negri e Hardt afirmam a necessidade de estabelecer um poder constituinte, capaz de fazer com que as pessoas se associem intimamente em torno do comum, participando diretamente das tomadas de decisões, fazendo da multidão o governante das instituições do comum, reinventando e concretizando a democracia ²⁷.

Nossos dispositivos de apoio em saúde devem ofertar possibilidades de abrir caminhos para a produção do comum. Nenhum tipo de apoio é mais fundamental neste momento que o de propor trabalhos corajosos que dão coragem para *gentes*. Amotinar o virtual futuro neoliberal que insiste em apresentar-se como tendência. Mas o motim só é formador por aquilo que ele é capaz de fazer ver ²⁶. Amotinar para destituir, que é o oposto de instituir. Destituir não é atacar determinada instituição, mas sim o sentimento de necessidade dela que guardamos em nós.

A noção de destituição oferece uma outra via em relação ao modo de enfrentar o aceleração do neoliberalismo. Enquanto o poder constituinte pretende a reinvenção das instituições, a destituição afirma a necessidade de abandoná-las. É preciso depreender-se das instituições, pois estas procuram sempre uma legibilidade fixa do real. As instituições nos confortam, pois nos poupam de afirmar qualquer coisa que seja, de colocar-nos na condição de assumir o risco de uma “leitura singular da vida e das coisas” ²⁶. Porém, renunciar a singularidade é renunciar a existência, é demitir-se da vida.



Destituere significa, em latim: colocar em pé à parte, erigir isoladamente; abandonar; pôr de lado, deixar cair, suprimir; decepcionar, enganar. Enquanto a lógica constituinte choca-se contra o aparelho de poder sobre o qual ela pensa ter controle, uma potência destituente se preocupa muito mais em dele escapar, em retirar desse aparelho qualquer controle sobre si, na medida em que agarra o mundo que forma à margem. Seu gesto próprio é a *saída*, enquanto o gesto constituinte é a tomada de assalto. Em uma lógica destituente, a luta contra o Estado e o capital vale sobretudo por uma saída da normalidade capitalista [...] Ela não renuncia à luta, ela *se vincula à sua positividade*. Ela não se regula por meio dos movimentos do adversário, mas por aquilo que requer aumento de sua própria potência ²⁶.

Apostar na vida, na capacidade de aumentarmos nossa própria potência para produzirmos democracia, o comum. Destituir a saúde como mercadoria e a financeirização do acesso ao cuidado. Apoiar processos que sejam capazes de fazer da saúde dispositivo que favoreça a instauração do poder constituinte. Revolucionar as relações e a sociedade desde o cuidado, pois é exatamente no “estouro” de uma revolução, que as miragens do impossível desvanecem ²⁶.

Esta subjetividade do esgotamento, da ausência de energia para reagir e da falta de perspectiva de um futuro possível que não seja ampliação das desigualdades, que parecem estabelecer raízes profundas em nossos corações, diante da revolução, revelam-se simples fábulas contadas para enganar os tolos. Nos próprios termos daqueles que assinam como Comitê Invisível: “Os palácios se esvaziam e descobrimos, nos papéis do soberano deixados em desordem, que ele próprio não acreditava mais na instituição, se é que alguma vez acreditou” ²⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso, portanto, disputar em cada prática de saúde promovida pelo SUS este projeto de saúde como experiência coletiva, determinada pelo modo como somos capazes de garantir relações sociais justas, democráticas, inclusivas, marcadas pela diversidade e pela heterogeneidade de modos de existir. É preciso estarmos atentos às práticas promovidas em saúde, para que estas possam traduzir em ato o desejo de promover esta sociedade que Arouca vislumbrou ao abrir a VIII Conferência Nacional de Saúde, e que segue atualmente como uma disputa em campo aberto.

Que sejamos capazes de apoiar práticas de saúde que sejam altamente revolucionárias, justamente pela sua capacidade de dar bases ao comum. Que a saúde coletiva seja uma trincheira de resistência aos esforços de suspensão da democracia, e que saibamos ter a coragem de inspirar coragem.



REFERÊNCIAS

1. Conferência Nacional de Saúde (BR). Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf
2. Pasche DF, Righi LB, Thomé HI, Stolz ED. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Pública. 2006; 20(6):416–22. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2006.v20n6/416-422/>
3. Menegat M. A crítica do capitalismo em tempos de catástrofe: O giro dos ponteiros do relógio no pulso de um morto. Rio de Janeiro: Consequência; 2019.
4. Santos, NR dos. O SUS na prática: qual a política pública de saúde? [Internet]. 08/01/2016 05h 01. 2016. Disponível em: <http://cebes.org.br/2016/01/o-sus-na-pratica-qual-a-politica-publica-de-saude/> acesso em: 31 de maio de 2019.
5. Campos GW de S. SUS: o que e como fazer? Cien Saude Colet [Internet]. 2018;23(6):1707–14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601707&lng=pt&tlng=pt
6. Menicucci T, Gomes S. Políticas Sociais: Conceitos, trajetórias e a experiência brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.
7. Teixeira M, Martins M, Silva V. Novos Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde no Brasil: as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado. Trab em Saúde, Desigual Sociais e Políticas Públicas. 2014;89–99. Disponível em: http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/article/view/1900
8. Campos GW de S. Saúde Paideia. 4a. São Paulo: Hucitec; 2013.
9. Peters MA. Economias Biopolíticas da Dívida. 2016;14.
10. Safatle V. O circuito dos afetos: Corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo. São Paulo: Autêntica; 2016.
11. Negri A. Exílio seguido de valor e afeto. Coleção Po. São Paulo: Iluminuras; 2001.
12. Negri A, Hardt M. Bem estar comum. Rio de Janeiro: Record; 2016.
13. Pelbart P. A comunidade dos sem comunidade. In: Pacheco, A.; Cocco, G.; Vaz PO, editor. O trabalho da multidão: império e resistências. Rio de Janeiro: Gryfus; 2002.



14. Rodrigues HBC. À beira da brecha: uma história da Análise Institucional francesa nos anos 60. In: Amarante P, editor. Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Hucitec; 2000.
15. Paulon SM. Instituição e intervenção institucional: percurso conceitual e percalços metodológicos. 2009;5:189–226. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41440>
16. Guattari F. O dossier: Michel Foucault, últimas entrevistas. In: Escobar CH, editor. As instituições e os discursos. Rio de Janeiro: Taurus; 1974.
17. Guattari F. Revolução Molecular: Pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense; 1987.
18. Lapassade G. Grupos, organizações e instituições. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.
19. Lourau R. A análise institucional. Petrópolis: Vozes; 1995.
20. Campos GW de S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 2a. São Paulo: Hucitec; 2005.
21. Lourau R. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Mnemosine. 2007;3(2):7–117.
22. Banco Mundial. Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Banco Mundial; 2019.
23. UOL. Senado aprova perdão de R\$ 2 bilhões a planos de saúde. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2014/04/15/senado-aprova-perdao-de-r-2-bilhoes-a-planos-de-saude.htm> acesso em: 30 de maio de 2019
24. Miranda A. Institucionalidades Jurídicas e Administrativas de estabelecimentos de saúde nas regiões de saúde. Novos Caminhos: Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Regiões e Redes: Caminhos da universalização da saúde no Brasil; 2017. Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2017/04/Novos_Caminhos_16.pdf
25. Antunes, R. O privilégio da servidão: O novo proletário de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo; 2018.
26. Comitê Invisível. Motim e destituição agora. 2a. Comitê Invisível, editor. São Paulo: n-1; 2018.
27. Negri A, Hardt M. Declaração: isto não é um manifesto. 2a. São Paulo: n-1; 2016. 143 p.