

## **O SUS E UM DOS SEUS DILEMAS: MUDAR A GESTÃO E A LÓGICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)**

Publicado como capítulo do livro Democracia e Saúde, organizado por Sonia F. Teixeira, publicado pelo CEBES/LEMOS, 1998, São Paulo.

Emerson Elias Merhy - Médico Sanitarista e Professor da UNICAMP  
Campinas/1996

Para além da crise do atual padrão de relações entre o estado e a sociedade no Brasil, que em si tem gerado uma enormidade de problemas no interior dos equipamentos institucionais de saúde, convivemos no dia a dia com uma gama muito ampla de outros problemas que alteram intensamente a capacidade dos serviços de saúde em cumprir com o seu papel de instrumentos à serviço da vida individual e coletiva.

Ao lado da: falta de dinheiro; do uso político clientelista das políticas de saúde por parte das esferas federais, estaduais e municipais; das disputas entre os diferentes ministérios sociais por recursos financeiros; da intensa campanha neoliberal para desmoralizar qualquer ação competente por parte do setor público; da ausência de uma legislação adequada à importância das políticas sociais no interior dos governos e da frágil estrutura tributária dos governos municipais, que convivem com uma grande retração dos gastos federais e estaduais no setor; convivemos com uma profunda crise de falta de eficácia e efetividade dos serviços de saúde, públicos e privados.

Inúmeros são os exemplos que mostram a desumanização dos serviços em relação a clientela; a falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento dos usuários; a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde; a intensa desigualdade no atendimento dos diferentes estratos econômico-sociais e o privilegiamento dos cidadãos, que podem pagar altos preços pelos serviços, no acesso ao melhor que se tem no setor.

Alia-se a isto o baixo impacto que as ações de saúde têm tido nos principais problemas da população e a sua pouca contribuição para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, ocorrendo em muitos casos o contrário, uma piora de alguns indicadores do padrão de saúde das populações, revelado no aumento da presença de doenças evitáveis e erradicáveis. O que pode mostrar uma contribuição pouco efetiva das atuais ações de saúde na promoção e proteção dos indivíduos e da coletividade, expressando a capacidade de impacto do atual do modelo tecno-assistencial adotado pelo sistema de saúde, brasileiro.

Este quadro tem estado presente cotidianamente na vida das instituições de saúde, no Brasil, e tem se expressado não só na total insegurança da clientela no tipo de atendimento do qual muitas vezes está sendo vítima, mas também na profunda crise de realização e satisfação, como cidadão e profissional, do conjunto dos trabalhadores do setor saúde.

Entretanto, é interessante observar que, paradoxalmente, a Constituição de 1988 procura garantir a saúde como um direito do cidadão, como um bem de relevância pública, mostrando que qualquer interesse de ordem privatizante, na área da saúde, deveria se pautar pelo respeito a estes princípios constitucionais, subordinando-se ao interesse coletivo da cidadania, expressa no radical vínculo do conjunto das ações de saúde com a DEFESA DA VIDA, INDIVIDUAL E COLETIVA.

Assim, tem sido um desafio para o conjunto dos agentes sociais, mas em particular para os trabalhadores de saúde e os usuários do sistema, a busca de uma compreensão deste quadro global e o apontamento de possibilidades de intervenções na realidade que possa superar um sentimento de intensa impotência, dada à grande negritude do quadro desenhado e à predominância dos interesses mesquinhos da maioria dos membros das elites econômica e política.

Sabemos que se não alterarmos o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho - a vida e o sofrimento dos

indivíduos e da coletividade, representado como doença - não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde.

Temos como desafios efetivos a busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de atenção à saúde, edificando uma relação mais solidária entre os trabalhadores e os usuários e os próprios trabalhadores do ponto de vista do seu desempenho técnico, e da construção de um trabalhador coletivo na área da saúde.

Para isto, devemos procurar construir um outro tipo de vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários, no interior do conjunto das instituições de saúde, não só do ponto de vista da participação conjunta nas lutas por melhores condições de assistência, mas principalmente na produção do compromisso cotidiano do trabalhador de saúde diante do cuidado. Os trabalhadores têm que se responsabilizar por uma boa parte da qualidade da assistência que ofertam, pois sendo o trabalho em saúde um trabalho vivo em ato dependente, podem colocar todas as suas sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para a produção de procedimentos eficazes a serviço do usuário e de seu problema. Assim, temos que primar pela "cidadanização" da assistência à saúde, construindo deste jeito tanto a dignidade do trabalhador, quanto a do paciente.

Como já dissemos em outro texto<sup>1</sup>, obviamente não se está sugerindo que ninguém se torne um "piegas" e que ninguém deixe de reivindicar os seus direitos como trabalhador, mas sim que, nós os trabalhadores de saúde, não nos recusemos a dispor de tudo que temos para defender a vida, como possuidores do que melhor a tecnologia em saúde nos fornece - que é o nosso saber, o nosso conhecimento e o nosso trabalho em ato (o exercício do nosso autogoverno) - pois esta é uma das melhores formas de se somar na direção apontada até aqui e

---

<sup>1</sup> - Merhy, E.E. - Em busca da qualidade dos serviços de saúde, in Cecílio, L.C.O. - Inventando a Mudança na Saúde, Hucitec, São Paulo, 1994.

construir uma mútua "cumplicidade" entre usuários e trabalhadores, na melhoria real da qualidade de vida.

Parece, a nós trabalhadores de saúde, que é no cotidiano dos nossos trabalhos e no processo coletivo de gestão dos nossos serviços, afim de resolver os problemas que identificamos no dia a dia, que iremos caminhar nesta direção, construindo um outro proceder em saúde que se oriente pela constituição de um vínculo efetivo entre o usuário e os trabalhadores do setor, na busca de uma resolutividade que se oriente por ganhos de autonomia dos usuários perante os seus modos de andar na vida.

Como pressuposto básico neste caminhar consideramos necessário que o conjunto dos serviços de saúde, pelo menos:

.garantam o acesso dos usuários às ações de saúde, ofertando múltiplas opções tecnológicas para enfrentar os seus distintos problemas;

.acolham os usuários em todos os momentos de relacionamento com os mesmos;

.dêem a máxima resolutividade às ações de saúde, procurando impactar os quadros de morbi-mortalidade a partir da associação mais ampla possível de todas as ações de saúde individuais e coletivas, tecnologicamente disponíveis.

Para conseguirmos construir uma competência nesta direção achamos que o conjunto dos trabalhadores de saúde do setor público tem que se pautar pela luta em torno de um SUS efetivo, publicamente centrado no usuário e democratizado, controlado por organismos públicos estatais e não estatais; e, para tanto, é necessário desvendar os mecanismos pelos quais os processos de gestão da política e do trabalho em saúde possam se tornar um tema público, tanto para o trabalhador de saúde, quanto para o usuário.

Para andar nesta direção consideramos necessário debruçarmo-nos sobre uma análise mais apurada da micropolítica do processo de trabalho em saúde, no sentido de se pensar as possibilidades de intervenção nos cotidianos institucionais

na busca de um novo modo de operar os modelos de atenção à saúde, como políticas<sup>2</sup>.

Este tema tem sido ponto de pauta em vários debates atuais no interior dos países da América Latina, dada a atual conjuntura de reformas institucionais que passam. Entretanto, os projetos neo-liberais têm tido um certo predomínio no modo de colocar estas questões, o que nos estimula a inicialmente apontar a maneira de como temos interpretado este processo, e para o qual tomamos como ponto de análise um evento vivenciado em 1995, na Argentina, como apontamos abaixo.

## **A - ALGUMAS IDÉIAS SOBRE O DEBATE EM TORNO DAS REFORMAS INSTITUCIONAIS E A NECESSIDADE DA MUDANÇA DOS PROCESSOS DE TRABALHO**

Tanto os debates em geral na área da saúde, quanto o conjunto de intervenções dos vários grupos sociais interessados no setor, têm destacado a necessidade de mudanças do modo de trabalhar na área, em todos os seus níveis de organização.

Entretanto, tem sido comum que o maior parte destas falas dobra-se principalmente sobre as dimensões mais macroestruturais destes processos, e poucos têm sido aquelas que destacam a intimidade destas pretensões com a aquisição de uma certa capacidade teórica e operacional de ação sobre os aspectos mais micropolíticos destes processos.

Sem querer negar a importância de qualquer situação mais macro no que toca a organização das práticas de saúde, neste texto vamos tomar como privilegiada uma reflexão sobre as questões micropolíticas dos processos de

---

<sup>2</sup> - Apesar de tratarmos a noção de modelo de atenção à saúde como o modo de se produzir saúde, através do conjunto das ações individuais e coletivas, em um dada territorialidade populacional e de acordo à existência de determinados serviços, para efeito deste material estaremos centralmente nos referindo a modelos de atenção de serviços e não de sistemas, pois centralmente nos debruçamos sobre o modo de produzir ações de saúde e é neste âmbito micro o nosso olhar reflexivo irá se centrar prioritariamente.

trabalho em saúde, na tentativa de procurar novas pistas para tratar as intenções de transformações que permeiam o setor saúde.

É neste sentido que inicialmente destacamos uma percepção por nós sentida sobre esta relação entre aspirações de mudanças e as dimensões micro e macropolíticas no setor saúde quando de um debate sobre as atuais modificações do campo de políticas públicas na América Latina e a organização do setor saúde.

Em setembro de 95, ao participar de uma discussão em torno do tema "As Políticas de Saúde na América Latina e a Política do Ajuste", na Faculdade de Ciências Sociais da U.B.A., Buenos Aires, tivemos a oportunidade de sistematizar parte de uma reflexão sobre as possíveis relações que as políticas adotadas pelos atuais governos da Argentina e do Brasil, denominadas de Ajuste Econômico, poderiam ter com o processo atual de ré-ordenamento das práticas gerenciais nas instituições (públicas) de saúde e o campo e os tipos de disputas ali instaladas, em termos das possibilidades da (ré)invenção de novos modelos tecno-assistenciais<sup>3</sup> das políticas de saúde. E, ainda, pudemos pensar sobre o modo como esta peleja vem sendo travada pelas distintas forças instituintes em jogo.

Procuraremos, antes de mais nada, alinhar o que seriam os "sinais" mais característicos destas políticas de ajuste com implicações no processo de ré-ordenamento das práticas de gestão.

Em primeiro lugar, consideramos como relevante, dentre outras possíveis, que as atuais políticas de ajuste colocadas em prática se fazem acompanhar:

..por um processo de desmonte de vários mecanismos estatais que mediam e controlam o conjunto das práticas gerenciais e administrativas das instituições públicas;

..por uma quebra dos mecanismos de controle mais centralizados e tradicionais, que existiam no interior dos serviços, com liberação de processos instituintes baseados em atos voluntários de alguns atores institucionais, muitos

---

<sup>3</sup>. Sob esta denominação estamos procurando entender o modo como nas formulações de políticas de saúde se articulam uma determinada concepção de necessidades de saúde e o desenho assistencial e tecnológico dos serviços existentes, dentro de uma determinada dinâmica gerencial. Para maior entendimento ver Merhy, E.E. - "Saúde Pública como Política", Hucitec, São Paulo, 1992.

deles grupos instituídos, como corporações profissionais; ou mesmo baseados em atos isolados de grupos de interesses que atuam fortemente em benefício próprio, como os “corruptos” e “oportunistas” de distintos tipos;

..pela presença de um poderoso imaginário instituinte pautado na importância da lógica do mercado e da do "laissez-faire" (ideologia do "deixar fazer" como energia liberadora e criativa do indivíduo e dentro do seu próprio livre-arbítrio), para regularem o processo "satisfação de necessidades-produção de bens e serviços", com implicações nítidas nas práticas de apropriação particular (privatização em lato senso) do espaço público. E, que pela sua força instituinte funciona como um poderoso produtor permanente de “sujeitos institucionais” que defendem a privatização do espaço público, além de gerar uma perspectiva deslegitimadora dos direitos sociais e coletivos;

..por um cenário de disputa com outras linhas de forças - que apontam para outros processos contrapostos à esta política do ajuste - marcado por uma nítida desigualdade de poderes, devido a uma grande fragilidade destas outras forças opositoras como imaginários instituintes;

..por uma situação favorável muito específica nas instituições de saúde, por encontrar nestas uma articulada e poderosa força instituinte centrada na linha política do modelo médico hegemônico (neo-liberal), que bem antes da instalação plena deste processo de mudança já vinha atuando, instituída, nos espaços gestores (macro e micro) onde se definem os processos de trabalho em saúde <sup>4</sup>;

..por uma prática institucional nos serviços de saúde marcada pela fragmentação do processo de trabalho, pelo descompromisso e alienação do conjunto dos trabalhadores com a produção de seus produtos e resultados; atingindo, assim, o principal núcleo no cotidiano institucional que constrói o modo de operar com as necessidades de saúde, e que é o espaço micropolítico de gestão do processo de trabalho.

---

<sup>4</sup>. Para uma visão mais elaborada desta questão consultar Campos, G.W.S. - "Reforma da Reforma", Hucitec, São Paulo, 1992.

Nesta situação percebermos o duplo movimento que os processos de gestão envolvem ao nível dos serviços de saúde torna-se fundamental, pois os mesmos revelam que na ação dos conjuntos dos agentes envolvidos, no cotidiano do “fazer” em saúde, de um lado encontram-se práticas gerenciais que tomam o território de formulação e decisão de políticas como o seu campo e de um outro práticas que enfrentam o fabricar “bens” do trabalho em saúde; e a gestão nesta dobra torna-se lugar de possíveis intervenções impactantes sobre a política e o modelo de atenção à saúde.

Assim, partindo destes pontos foi possível refletirmos sobre algumas frentes de lutas que se podem tomar quando se pretende criar processos concretos de contraposição à aquelas práticas, no interior de cada serviço, como por exemplo as lutas:

..por uma imaginário em defesa da vida e da solidariedade, que permita instituir uma orgânica ligação entre saberes da saúde sobre o combate ao "sofrimento representado como doença" e "o controle e prevenção dos riscos e das doenças", e um novo modo de realizar cotidianamente as práticas dos serviços, a partir de um modelo tecno-assistencial centrado no usuário. Aliás diga-se de passagem que esta luta é muito dura, pois seu cenário principal está marcado por uma íntima relação entre o campo macro e micropolítico, o que exige a existência de "sujeitos políticos"<sup>5</sup> do porte de movimentos, partidos, entre outros, com características "trans-institucionais";

..por processos - micropolíticos - que possibilitam "publicizar" o espaço público da gestão do processo de trabalho na busca de novos sentidos e formatos;

..pela produção de novos modelos tecno-assistenciais que possam se contrapor - em termos de eficácia e resolutividade - ao modelo altamente

---

<sup>5</sup>. Sujeitos políticos são tratados como aqueles que geram, com suas formulações e práticas, quadros discursivos referenciais de disputas para os sentidos das ações sociais e o conjunto dos agentes sociais "em cena". Veja mais detalhe em Merhy, E.E. - Saúde Pública como Política, op.cit.

custoso e pouco efetivo do projeto médico hegemônico (neo-liberal) dos serviços públicos e privados de saúde. E,

..pela tomada estratégica do processo de trabalho em saúde como analisador institucional privilegiado para orientar uma grande parte desta disputa, no interior dos distintos equipamentos de saúde.

Deste modo há um permanente desafio para todos aqueles que tomam como tarefa organizar novos modos de se gerir os serviços de saúde e de se produzir ações que tenham impacto na criação, manutenção, ou recuperação da saúde; e que é o de dar conta da especificidade do campo de produção no qual atua.

A não percepção desta especificidade, ou mesmo a não possibilidade de compreendê-la com clareza, tem levado muitos - dos que buscam a reorganização do modo de se trabalhar em saúde - a se inspirarem nos conhecimentos e técnicas gerados no interior de várias correntes organizacionais (veja o que se faz hoje com a proposta da Qualidade Total) de um modo acrítico, e com uma prática meramente copiadora de receitas sobre o como fazer, sem a devida “reconstrução” destes conhecimentos e técnicas para o singular campo da saúde.

Sem ter em mente o modo muito próprio de como se desenvolve o processo de trabalho em saúde e a sua gestão, o ato de buscar receitas em experimentos de outras naturezas tende a ser profundamente frustrante do ponto de vista da capacidade que as ações de saúde têm de gerar melhorias efetivas para a vida das pessoas.

Neste sentido, procuraremos mostrar, a partir de um determinado ângulo de análise sobre o trabalho em saúde, a especificidade das “ferramentas” que podem contribuir com os processos de “análise das instituições de saúde” na direção da elaboração de novas práticas organizacionais e novos modos de trabalhar.

Ultimamente temos nos ocupado, cada vez mais, de uma reflexão sobre as questões referentes à dinâmica micropolítica do trabalho em saúde, tanto no que se refere à sua dimensão mais articulada às práticas produtivas de bens e serviços, quanto na sua relação com os complexos processos de reformas institucionais. Neste sentido, temos visto que a micropolítica do processo de trabalho, no cotidiano institucional do "fazer saúde", coloca em foco os distintos modos instituintes de como vem se disputando, nos processos de gestão institucional do trabalho, pelas distintas forças sociais envolvidas no mesmo, a configuração de singulares modelos de atenção à saúde. Assim, a partir de um quadro teórico centrado na busca de sua compreensão pode-se permitir a conformação de modos de intervenção institucional que tenham operacionalmente mais efetividade no sentido da mudança da direcionalidade das práticas de saúde.

Nesta linha, pretendemos explorar e abrir algumas questões sobre o que se considera uma das fragilidades do movimento em torno da reforma sanitária no Brasil, e que se expressa, por uma falta de consenso no interior das distintas forças sociais que o protagonizam, quanto ao "desenho" efetivo de como se deve "agir em saúde", no dia a dia da produção das ações, dentro dos referenciais da construção da cidadania. Além disso, pretendemos também alertar aqueles que não têm percebido o quanto esta temática atravessa os processos macropolíticos básicos para a reforma das relações estado, sociedade e políticas.

A construção da figura institucional do gestor único com capacidade de intervir na construção de novos modelos de atenção passa diretamente pela possibilidade deste componente do sistema de impactar os processos micropolíticos em saúde, que constroem os bens e os serviços, e mesmo as próprias organizações, como relações de poderes e projetos.

Em 1994, tentando analisar e compreender a experiência vivida junto à rede de serviços públicos de saúde do Município de Ipatinga, em Minas Gerais - na qual pretendíamos alterar a lógica da relação dos serviços com os usuários

intervindo na porta do sistema - produzimos um material analítico<sup>6</sup> que, apesar de já ter em esboço algumas das interrogações que nos levaram à construção deste texto, ainda mostrava uma baixa elaboração da complexa dinâmica que o processo micropolítico em saúde configura; e, com isto, não permitia uma compreensão suficiente sobre o que vivenciamos. Pois, não tínhamos então uma visão mais clara da dinâmica do trabalho vivo em ato, no interior do processo de trabalho em saúde.

Entretanto, já éramos sensíveis à necessidade de se buscar uma compreensão sobre o processo experimentado, aprimorando algumas questões já, ali, antecipadas, sobre a importância do “autogoverno” dos trabalhadores de saúde no interior do processo de trabalho e o lugar estratégico ocupado pela dinâmica do trabalho vivo em ato na conformação dos processos institucionais.

Em um outro material, mais teórico<sup>7</sup>, tomamos como centro de nossa reflexão exatamente esta temática apontada acima. Neste material procuramos demonstrar alguns aspectos básicos do trabalho vivo em ato, ao fabricar as ações de saúde individuais e/ou coletivas, no que se refere ao seu desdobramento tecnológico no espaço da gestão, tanto na sua dobra ao nível do processo produtivo, quanto na das relações institucionais, tentando com isso entender e mostrar a importância deste elemento na análise e compreensão das várias propostas, que vêm sendo geradas no interior dos distintos experimentos do SUS, e ainda quanto às suas capacidades de gerarem dispositivos (analísadores) modificadores dos processos de trabalho em saúde.

Acreditamos que uma boa parte destas distintas experiências, apesar de ricas do ponto de vista macropolítico, têm falhado no sentido de conseguir pensar a elaboração de “tecnologias” para o trabalho vivo em ato que enfrentem as situações efetivas e necessárias de mudanças. E, assim, não têm dado conta da vitalidade deste trabalho no seu fazer, inclusive como chave estratégica para

---

<sup>6</sup> . Merhy, E.E. - Em busca da qualidade dos serviços de saúde, op. cit..

<sup>7</sup> - Merhy, E.E. - “Agir em Saúde: micropolítica do trabalho vivo”, impresso como parte do relatório da pesquisa “Em busca do gestor único”, DMPS/FCM/UNICAMP, 1996. (140 páginas)

a “publicização” dos modos de “fazer a política e de fabricar as ações nos espaços de autogoverno existentes no interior das equipes de saúde, e expressos nas relações institucionais com os usuários”<sup>8</sup>.

Por isso, inclusive tomamos como centro de nossa reflexão o posicionamento estratégico da relação trabalhador-usuário como elemento analisador dos processos institucionais em saúde e como o lugar de criação de possíveis dispositivos instituidores de novas lógicas para o processo de trabalho.

Instituidores que possam contribuir para dar maior capacidade operacional ao conjunto das intervenções que pretendem transformar os modelos de atenção à saúde, na direção da construção de um SUS comprometido com a vida e a cidadania, e com a saúde como um patrimônio público, no Brasil.

## **B - EM SAÚDE ANTES DE TUDO SE PRODUZ “BENS RELAÇÕES”, PRODUTOS DE PROCESSOS INTERCESSORES**

Para realizarmos a nossa reflexão vamos partir do conceito de “intercessores” que estaremos usando com sentidos semelhantes ao de Deleuze no livro “Conversações”<sup>9</sup>, que com este termo pretende “figurar” a intersecção que ele e Guattari constituíram na produção do livro “Anti-Edipo”<sup>10</sup>, procurando passar a idéia de que esta junção não foi uma simples somatória de um com o outro, e muito menos que aquele livro foi um produto de 4 mãos, mas sim o resultado de um processo singular, constituído pelo encontro dos dois em um único momento.

O uso deste termo é portanto para designar o espaço de relação que se produz no encontro de “sujeitos”, isto é, nas suas intersecções, e que é um produto que existe para os “dois” em ato, não tendo existência sem este momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em

---

<sup>8</sup> - Merhy, E.E. - Agir em Saúde, op.cit.

<sup>9</sup> - Deleuze, G. - Conversações, Editora 34, Rio de Janeiro, 1992.

<sup>10</sup> - Guattari, F. e Deleuze, G. - El Antiedipo - capitalismo y esquizofrenia, Ediciones Corregidor, Buenos Aires, 1974.

busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou.

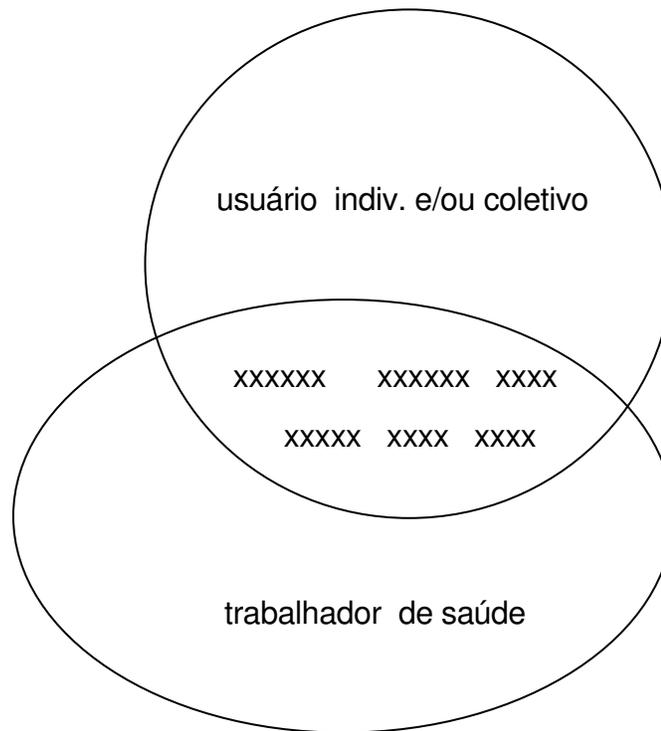
De posse desta idéia, estamos querendo dizer também que quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato.

A imagem deste espaço é semelhante à da construção de um espaço comum de intersecção entre dois conjuntos, ressalvando que este espaço não existe só nesta situação, e nem só na saúde, pois tanto a relação entre dois trabalhadores inseridos em um mesmo processo de trabalho é intercessora, quanto em outros processos de trabalho, que não só o da saúde, também há os processos intercessores.

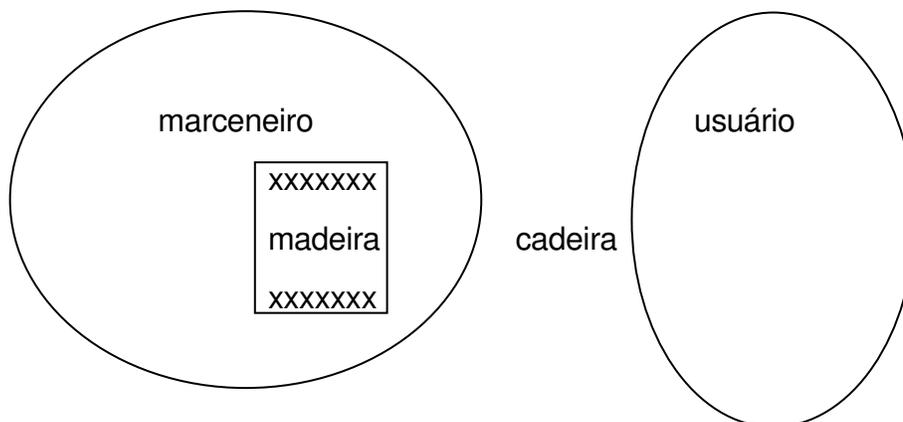
Deste modo, além de reconhecer a existência deste processo singular é fundamental, em uma análise dos processos de trabalho, se tentar descobrir o tipo de intersecção que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior.

Vejamos isto de um modo esquemático, para que depois possamos tirar conseqüências analíticas deste entendimento.

1. Os esquemas mais comuns em processos de trabalho como o da saúde, que realizam atos imediatamente de assistência com o usuário, apresentam-se como o do diagrama abaixo, que chamamos de uma “intersecção partilhada”.



2. Os que se constituem nos casos mais típicos de processos de trabalho, como o de um marceneiro que produz uma cadeira, mostram que o usuário é externo ao processo, pois o momento intercessor se dá com a “madeira”, que é plenamente contida pelo espaço do trabalhador, como uma “intersecção objetal”.



Esta distinção da constituição dos processos intercessores mostra como a dinâmica entre o produtor e o consumidor, e os jogos entre necessidades ocorrem em espaços bem distintos, e, inclusive, como os possíveis modelos de configuração desta dinâmica podem ser mais ou menos permeáveis a estas características.

Por exemplo, podemos dizer que nos modelos tecno-assistenciais predominantes hoje na saúde, no Brasil, as relações entre usuários de serviços de saúde e trabalhadores se produzem em espaços intercessores preenchidos pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário, como se o processo de relação trabalhador-usuário fosse mais do tipo da “intersecção objetal”.

Entretanto, como efetivamente a relação em saúde é a do tipo de “interseção partilhada”, com certeza estes tipos de modelos de assistência realizam-se com intensas perdas quanto ao mútuo processo instituinte, contido no momento da produção e consumo de atos de saúde.

No jogo de necessidades que se coloca para o processo de trabalho é possível então pensarmos:

1. que no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de um modo geral), com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, coloca seus conhecimentos e representações, inclusive expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho; e,

2. que no seu interior há uma busca de realização de um produto/finalidade, expresso de distintos modos por estes agentes, que podem até mesmo coincidirem.

O que, de uma certa forma, mostra que a análise do processo intercessor que se efetiva no cotidiano destes encontros pode nos revelar a maneira como

estes agentes se colocam enquanto “portadores/elaboradores” de necessidades no interior deste processo de “intersecção partilhada”.

Os agentes produtores e consumidores são “portadores” de necessidades macro e micropoliticamente constituídas, bem como são instituidores de necessidades singulares que atravessam o modelo instituído, no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados.

A conformação das necessidades, portanto, dá-se em processos sociais e históricos definidos pelos agentes em ato, como positivities, e não exclusivamente como carências, determinadas de fora para dentro. Aqui, não interessa o julgamento de valor acerca de qual necessidade é mais legítima que outra, este é um posicionamento necessário para a ação mas não pode ser um “a priori” para a análise, porque o importante é percebermos que todo o processo de trabalho e de intersecção é atravessado por distintas lógicas que se apresentam para o processo em ato como necessidades, que disputam como forças instituintes suas instituições.

Assim, a presença de uma linha de força médico-hegemônica que venha positivamente, através de um determinado (e não de qualquer um) trabalho médico, atua como instituinte pela ação efetiva de um determinado agente que é seu constituidor no processo de trabalho, em ato. Do mesmo modo, uma outra linha de força que venha pelo consumidor, como uma busca de um ato que lhe permita restituir sua “autonomia” no seu modo de andar a vida, atua também como instituinte pela ação positiva do usuário no espaço intercessor partilhável.

O espaço intercessor é assim um lugar que revela esta disputa das distintas forças instituintes, como necessidades, e o modo como socialmente um dado processo instituído as captura ou é invadido pelas mesmas.

Isto é um tema para ser entendido pela discussão sobre a relação entre modelos de atenção e a construção dos espaços intercessores. A caixa preta do jogo de necessidades que ocorre entre o produtor e o consumidor abre-se e pode revelar as possibilidades de intervenção dos distintos modelos de gestão do

trabalho em saúde e seus compromissos. Mas, fica registrado que, se o trabalho é em saúde, o espaço intercessor será sempre compartilhado, mesmo que o modelo que se institua seja o de seu abafamento; porém os instituintes em ato estarão sempre gerando ruídos no seu interior.

Estes são os casos dos desencontros que os usuários relatam quando falam da falta de acolhimento e de responsabilização que vivenciam atualmente nas suas relações trabalho em saúde/consumo.

### **os espaços intercessores na saúde, as vozes e as escutas**

Dentro desta compreensão sobre a constituição do espaço intercessor no processo de trabalho em saúde é possível introduzirmos uma discussão da possibilidade de identificarmos situações de ruído no cotidiano dos serviços de saúde, com a finalidade de se analisar a própria dinâmica daquele processo, idealizando possíveis intervenções que permitam alterar a direcionalidade das ações em saúde, no próprio ato do processo de trabalho.

Esta idéia de ruído vem da imagem de que cotidianamente as relações entre os agentes institucionais ocorre no interior de processos silenciosos até o momento que a lógica funcional, predominante e instituída, seja rompida. Porém, este rompimento é normalmente percebido como uma disfunção, como um desvio do normal que deveria ocorrer.

Com ruído queremos introduzir a noção, baseado em Fernando Flores<sup>11</sup>, de que a quebra do silêncio do cotidiano pode ser, e deve ser, percebido como a presença de processos instituintes que não estão sendo contemplados pelo modelo de organização e gestão do equipamento institucional em foco, mostrando os distintos possíveis caminhos dos processos de ações dos agentes envolvidos, e, portanto, abrindo possibilidades de interrogações sobre o modo instituído como se opera o trabalho e o sentido de suas ações, naquele equipamento.

---

<sup>11</sup> - Flores, F. - Inventando la empresa del siglo XXI, Hachete, Chile, 1989.

A possibilidade de escutar os ruídos do cotidiano institucional é parte de ferramentas analisadoras dos processos institucionais e pode permitir a reconstrução de novos modos de gerir e operar o trabalho em saúde. Permite interrogar sobre a captura do trabalho vivo e sobre a constituição do processo intercessor.

É neste sentido que gostaríamos de explorar tal caminho pelo lado da constituição do espaço intercessor como lugar de vozes e de escutas, isto é, como o lugar que revela, no interior do processo de trabalho em saúde, o encontro de dois instituintes que querem falar e serem escutados em suas necessidades - demandas.

Os construtores de um dado espaço intercessor atuam instituintemente, e se um dado modelo tecno-assistencial, como aquele que procura construir este processo intercessor partilhado como um processo objetual (veja o que foi falado mais atrás) não permite a plena expressão de um de seus partícipes, este não some, não apaga a sua presença deste espaço, mas age “ocultamente” em relação à possibilidade de sua não explicitação.

Quando, em um dado serviço de saúde, há o encontro de um usuário com um trabalhador de saúde - qualquer um deles ou mesmo um usuário coletivo - forma-se um jogo de necessidades no qual o usuário coloca pelo menos a sua perspectiva de que naquele processo de “consumir” atos de saúde (ou pelo menos o que ele entende por isso) vai haver um ganho seu em termos de controlar problemas que identifica como necessidades de saúde e para os quais aquele momento parece construir um caminho de solução. Mas solução para o quê?

Para várias coisas. Para aplacar aquilo que considera como um sofrimento, tanto quanto para possibilitar que o seu “organismo” possa estar “bem” funcionalmente para continuar caminhando na sua vida. Isto é, associa aquele processo como uma possibilidade de retornar a um certo estado de exercício de sua autonomia no seu modo de andar a sua vida.

Não muito estranhamente o trabalhador de saúde identifica aquele encontro também como o lugar de realizar soluções para várias questões. Mas quais? Depende dos interesses que o modelo de organização do trabalho em saúde explicita. Depende do modo como socialmente as distintas necessidades do processo de trabalho em saúde são capturadas pelo modelo tecno-assistencial. Depende do universo ideológico do próprio trabalhador.

Assim, se for uma captura comprometida com um modelo médico hegemônico vinculado à medicina tecnológica, que coloca a produção de procedimentos como o principal produto a realizar - a “finalidade” do trabalho em saúde - pelo lado do trabalhador de saúde a linha de força representada pelos usuários será anulada por um processo de não escuta de sua atuação e pela imposição, no espaço intercessor, da voz única deste modelo na qual o usuário será só um “objeto” a viabilizar a ação de produção de procedimentos.

Ora, mesmo que isto ocorra, o usuário não deixará de estar ali e de continuar “desejando” o que ele queria daquele momento. E se isto não for viabilizado na produção dos atos pelo trabalhador de saúde, ele sai dali e vai atrás de outro processo de consumo que lhe possa trazer a idéia de satisfação e de produto/resultado realizado.

Em parte o usuário será conformado pelo processo de produção, mas na testagem que a vida lhe coloca no seu caminhar, em parte este processo não consegue contê-lo plenamente (veja a imagem do intercessor partilhado e do objetual).

Esta situação se apresenta como um processo gerador de ruídos e que podem ser “gerencialmente” escutados pelos trabalhadores de saúde, ou mesmo pelos usuários. Para tanto, podemos fazer perguntas para o modo como no espaço intercessor se concretiza a produção de processos típicos deste espaço enquanto um lugar de efetivação de ações suportadas por um universo de “tecnologias leves”, de tecnologias de “relações” que se concretizam com a

produção de “produtos” simbólicos, básicos para operar este tipo de processo de trabalho.

Destacamos como produtos deste tipo, à semelhança do jogo transferencial nos processos psicanalíticos, o acolhimento e o vínculo que são construídos neste espaço em ato, permanentemente. E estamos indicando que a pergunta sobre os mesmos pode mostrar como que se dá a construção de um dado modelo tecno-assistencial do ponto de vista do jogo instituinte das necessidades entre o trabalhador e o usuário. Revelando a situação vital ocupada pelo trabalho vivo em ato no interior do processo de trabalho em saúde e evidenciando como no interior dos processos cotidianos dos serviços se produzem as vozes, as escutas e os silêncios, entre os trabalhadores e os usuários, expressos em formas definidas nos modelos de atenção construídos no interior dos equipamentos de saúde.

Deste modo a busca é a de colocar sob interrogação o encontro trabalhador-usuário como um poderoso processo revelador das distintas lógicas que operam no interior dos modos como se trabalha em saúde, o que permite perceber distintas linhas de fuga que podem abrir este processo a novos significados ético-políticos e operativos. Com estas interrogações pode-se procurar colocar em cheque a natureza pública e privada deste encontro, os processos de captura a que o trabalho vivo está subordinado e os tipos de interesses que predominam neste espaço, os ocultamentos e “abafamentos”.

Criar ferramentas para um olhar analisador neste sentido, então, é conseguir operar no interior destas próprias lógicas e torná-las ruidosas, e assim temas públicos para o coletivo/“equipe de saúde”, inclusive nas suas relações com os usuários.

Neste sentido, entendemos que há dispositivos “naturais” deste processo descolados da própria tecnologia leve que opera nestes espaços intercessores, como por exemplo o acolhimento, que tem um grande poder de gerar ruídos por expor mais claramente a razão ético-política, e não só instrumental, que opera no seu interior. Entretanto, podemos também criar dispositivos “artificiais” que

possam interrogar estes processos instituintes e instituídos; alguns experimentos dos quais temos participado têm mostrado uma certa eficácia interessante no repensar o trabalho em saúde. Neste particular temos trabalhado com a construção de ferramentas, como fluxogramas e redes de petições e compromissos, analisadoras destes encontros singulares.

### **dos ruídos do cotidiano a novos modos de gerir e trabalhar em saúde - algumas ferramentas que armam os olhares analisadores**

Com a compreensão destas questões, não fica difícil entender da possibilidade de se criar analisadores institucionais sobre o espaço intercessor em saúde, que permitam interrogar o modo como o trabalho vivo opera com esta “tecnologia leve das relações” e como produz estes “produtos da intersecção”, que consideramos como “bens relações” fundamentais em saúde; e que também permitem analisar o modo como o processo de gestão do trabalho se realiza apropriando-se do espaço institucional da gestão organizacional, inclusive expondo a dinâmica da relação de apropriação pública ou privada deste processo.

Através da interrogação que podemos realizar sobre o processo de trabalho do ponto de vista, por exemplo, do acolhimento podemos demonstrar a potencialidade deste caminho para repensar processo de trabalho em saúde e da abertura que permite para se olhar o modo como os modelos de atenção capturam o trabalho vivo em ato; potencialidade que se expõe nas distintas possibilidades de linhas de fuga que podem se constituir no interior do processo produtivo e gerencial.

Vale a pena, antes, falar um pouco sobre o que pode significar a perspectiva de operar em um terreno que pretende criar “ferramentas” para intervir em processos institucionais. Parece-nos, que isto não deva ser muito próximo ao modo como se atua em processos produtivos, mais diretamente vinculados à realização de um produto material explícito e bem definido; além de ter algumas

implicações distintas sobre a compreensão do que deva ser entendimento sob a ótica de saber tecnológico.

Como já dissemos em vários outros momentos, tecnologia não é confundida aqui com instrumento (equipamento) tecnológico e nem é valorizada como algo necessariamente positivo, pois damos a este termo uma imagem dos saberes que permitem, em um processo de trabalho específico, operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para este processo produtivo.

Deste modo, uma máquina como um computador não seria em si uma tecnologia, mas um equipamento tecnológico expressão de uma tecnologia, que se apresenta para nós como saberes que buscam na máquina-computador uma ferramenta que possibilita operar com processamentos rápidos e massivos de dados, por exemplo. A tecnologia seria então o saber, ou saberes, que permitiram construí-la e que estão comprometidos com a realização de determinadas finalidades previamente colocadas para os processos de trabalhos que lhe são pertinentes.

Por isso, tratamos a clínica e a epidemiologia como saberes tecnológicos. Por serem saberes que são produzidos de modo compromissado com a realização de intervenções produtivas do trabalho humano sobre os “processos da vida, como a saúde e a doença”. E, que estão, deste modo, imediatamente implicados com processos de intervenção. São distintos, nesta dimensão, em relação a outros saberes que não tenham esta implicação imediata.

Entretanto, isto não lhes retira a possibilidade de estarem também produzindo conhecimento sobre a realidade, de modo não imediatamente comprometidos com a ação operatória. Um saber tecnológico opera em uma dobra na qual, de um lado expressa seu compromisso com a “razão instrumental”, e, de um outro, com a “razão teórica”. Devendo, como tal, estar aberto às leituras de seus pressupostos de construção, de suas intencionalidades e finalidades, em ambas dimensões.

De um lado reverso, um saber que se proponha a ser conhecimento científico mais do que tecnológico também nos apresenta esta dobra de revelar “o mundo” e de permitir uma ação sobre o mesmo.

Mas, aqui estamos operando com saberes que têm uma distinção importante a considerar, desde que, como um saber tecnológico, está imediatamente referido e concretizado em processos de trabalhos bem definidos, que expõem diretamente suas intencionalidades.

Entretanto, tudo indica que quando estamos diante de uma tecnologia do tipo leve (como o acolhimento) a situação é um pouco distinta de quando estamos perante uma tecnologia do tipo dura (como o realizar uma conduta totalmente normalizada ou mesmo o processo incorporador de máquinas-ferramentas), e isto nos coloca que no operar das leves, como a própria clínica ou os processos das tecnologias das relações (como é o caso do acolhimento ou do vínculo), o processo operatório é bem mais aberto ao fazer do trabalho vivo em ato. O que também permite-nos redefinir o conceito que temos de recursos escassos, pois tecnologia leve nunca é escassa ela sempre é em processo, em produção. (Aqui há que rever a noção cara às políticas de saúde pública que operam com o conceito de escassez permanente e prioridade focal excludente).

Por isso, procurar ferramentas para operar sobre relações institucionais é uma tarefa um pouco mais árdua do que estar tratando de um processo bem definido e normatizado, pois vem impregnada de uma quase igual importância tanto do seu lado de instrumentalizar a ação humana de intervir na realidade como em um processo de trabalho, quanto do seu lado de estar revelando “o mundo” e seus sentidos e significados para os “operadores/interventores”. Pois estamos diante de uma situação muito parecida com a dinâmica do trabalho vivo na saúde que nos coloca perante uma realidade operatória que é sempre um “em processo”, um “dando”, no qual os homens são ao mesmo tempo operadores, sujeitos e objetos dos trabalhos-intervenções.

A perspectiva de construir analisadores ruidosos para compreender processos de trabalho em saúde é marcada pela idéia pouco positiva de criar dispositivos que tenham o compromisso com a abertura de linhas de fuga em processos instituídos, mais do que com a produção de receitas sobre como construir o trabalho de saúde correto e certo.

A criação destes dispositivos não obedece a um processo aleatório qualquer, pois como já dissemos os mesmos estão marcados pelas distintas lógicas instituintes que operam no interior dos processos de trabalho em saúde. Assim, tomar os processos instituintes que operam no interior dos espaços intercessores e tentar operar com ferramentas-dispositivos que “abrem” estas presenças lógicas é uma perspectiva vital para criar “olhares analisadores ruidosos” sobre o modo como se constituem as práticas de saúde, suas tecnologias e direcionalidades, e seus modelos de gestão.

Em algumas experiências em serviços que vivenciamos, estivemos diante de uma situação problema que mostrava que um determinado grupo populacional - crianças desnutridas - só tinham acesso aos serviços da rede básica de saúde quando estavam “sem problema imediato”, pois sempre que apresentavam uma “intercorrência” eram recusadas (nunca tinha vaga, filas enormes para chegarem à recepção, etc...) e acabavam sendo atendidas em um “pronto-atendimento” qualquer, sem o mínimo compromisso médico-sanitário e sem capacidade resolutiva.

Diante de uma situação deste tipo consideramos como fundamental colocar o conjunto dos trabalhadores das unidades de saúde em situação e produzindo um certo conhecimento sobre o seu cotidiano, sobre o seu modo de trabalhar. Para que, a partir de então, interrogassem o seu cotidiano e pensassem sobre a situação problema.

Trabalhamos intensamente uma ferramenta analisadora, o fluxograma analisador<sup>12</sup>, e fizemos coletivamente uma análise dos processos de acolhimento que permeavam o modelo de atenção em pauta.

Acolhimento que inclusive adquiriu nas discussões uma dupla dimensão: pois, se de um lado era uma etapa do conjunto do processo de trabalho, realizado em serviços concretos, em particular no momento da recepção destes serviços, que estabelecia o modo como o serviço fazia o seu primeiro contato com a sua clientela, em um processo mútuo de reconhecimento - onde o usuário se reconhecia como cliente daquele serviço e o serviço o reconhecia como um usuário com direitos em relação aos serviços realizados - criando suas barreiras e mecanismos de acesso; por outro lado era também uma tecnologia leve do processo intercessor do trabalho em saúde que ocorria em todos os lugares em que se constituíam os encontros trabalhadores-usuários.

Nestas experiências, vivenciamos um processo coletivo diretamente comprometido com a busca de ferramentas tecnológicas que procuravam mostrar com mais clareza o nosso papel de construtor e/ou fazedor de processos analisadores, que permitissem colocar em questão o espaço da gestão do processo de trabalho, lugar privilegiado de realização do trabalho vivo em ato, junto ao conjunto do processo de trabalho em si.

Com isso conseguimos criar modos de operar no interior do processo de trabalho, nas unidades de saúde, no espaço dos “autogovernos”, situações interrogadoras da forma como opera o espaço da gestão (onde se decide a partir de pressupostos ético-políticos, que se refletem em lemas e missões, onde se intervém de modo público e/ou privado, com compromissos de responsabilizações mais ou menos aderidas aos usuários, etc...).

Além disso, colocou-se em cheque tanto o modo como se desdobravam as realizações de um trabalho em ato com um outro trabalho em ato, cristalizados nos processos intercessores, destes trabalhos, como construção conjunta trabalhador-

---

<sup>12</sup> - Veja com mais precisão no texto “Agir em Saúde”, op. cit.,

trabalhador; quanto aqueles cristalizados pela relação trabalhador-usuário expressos nas práticas produtoras do acolhimento e do vínculo/responsabilização. Permitindo assim, analisar o quanto os trabalhadores estão efetivamente comprometidos, ou não, com os processos de "autonomização" do usuário no seu modo de andar a vida, e com as ações de defesa da vida individual e coletiva.

Esta busca de ferramentas disparadoras destes processos de interrogação sobre o trabalho vivo em ato, que podem abri-lo para novos modos instituintes, e a possibilidade de seu compartilhamento público no interior dos coletivos de trabalhadores foi o grande desafio destes trabalhos experimentados em serviços.

No que toca em particular a relação de intersecção de um trabalho em ato com outro em ato (trabalhador-trabalhador), operamos com uma ferramenta analisadora distinta do fluxograma, e que é a rede de petição e compromisso, o que permitiu abrir a caixa preta das relações micropolíticas institucionais, reveladora dos tipos efetivos de contratos de relações que os vários agentes institucionais em cena realizam entre si, em um processo silencioso. Muitos dos quais obedecendo a um padrão do tipo "pacto da mediocridade" no qual o usuário sai sempre como o grande prejudicado.

Esta rede pode ser organizada em qualquer situação na qual se identifique um certo jogo entre forças institucionais bem territorializadas que realizam e cristalizam interesses de distintos tipos e que se organizam com linhas de forças que disputam as várias lógicas que a instituição esta expressando, explícita ou implicitamente. De um modo genérico uma rede de petição e compromisso para a análise do modelo de gestão do processo de trabalho e do equipamento institucional deve ordenar, para interrogar, uma rede de expectativas entre as unidades produtoras que atuam no interior de um equipamento institucional governando recursos e fins.

Estes processos expõem privilegiadamente a dinâmica de prestador consumidor intra-equipamento, porém podemos também com o mesmo abrir o jogo de expectativas envolvido na relação entre o serviço e o usuário final das

práticas de saúde, procurando problematizar as próprias disputas entre o que são necessidades do ponto de vista do modelo de atenção e do ponto de vista do usuário, abrindo uma reflexão sobre representações sociais do sofrimento como doença e dos agravos como problemas de saúde e o seu modo de incorporação pelos serviços. Para em última instância perguntar: é deste jeito que vale a pena trabalhar? é isto mesmo que queremos produzir como resultados?

Neste sentido, e para terem possibilidade de viabilizar as respostas às questões acima, o conjunto das ferramentas analisadoras devem ter a capacidade de instrumentalizar o conjunto dos trabalhadores, como gestores efetivos do processo de trabalho, em pelo menos três campos de interrogações sobre os modelos de atenção e os processos gerenciais, e que são:

a. devem ter a capacidade e sensibilidade, como qualquer instrumento, para abrir a caixa preta sobre “o como” se trabalha, e neste sentido revelar qualitativamente o modo de operar cotidianamente a construção de um certo modelo de atenção em serviços concretos;

b. devem ter a capacidade e sensibilidade para revelar “o quê” este modo de trabalhar está produzindo, e assim mostrar em que tipo de produtos e resultados se desemboca com este modo de operar o cotidiano do trabalho em um dado serviço;

c. devem também, pelo menos, ter a capacidade e sensibilidade de permitir a interrogação sobre o “para quê” se está trabalhando, tentando revelar os interesses efetivos que se impõem sobre a organização e realização cotidiana dos modelos de atenção nos diferentes serviços; este momento é privilegiadamente uma interrogação sobre os princípios ético-políticos que comandam a existência de um serviço de saúde.

## **C - CONCLUSÃO**

Com toda esta análise e exemplificações estamos querendo demonstrar que as distintas experiências, que buscam a mudança efetiva do processo de trabalho em saúde, têm necessidade de incorporar novas questões ao nível dos processos micropolíticos do trabalho em saúde.

Destacamos que as relações macro e micropolíticas na saúde encontram-se nos espaços de gestão do processo de trabalho e das organizações de saúde, e que as configurações que adquirem passam necessariamente pela presença do trabalho vivo em ato.

Destacamos, também, que mais do que questionar o que ocorre nos serviços a partir de um modelo “a priori” de organização do processo de trabalho em saúde, que dispute com o já dado, o já instituído, devemos é desenvolver a capacidade de criar interrogações sobre o que está ocorrendo, abrindo possibilidades do trabalhador coletivo inventar modos novos e singulares de realizar o trabalho em saúde em situações concretas.

Procurando criar nos trabalhadores, através do uso de dispositivos interrogadores, a possibilidade de refletirem sobre duas questões chave para a configuração de qualquer modelo de atenção preocupado centralmente com o usuário:

Uma, que diz respeito ao modo como se usa privadamente - com um compromisso com o coletivo de forma restritiva e com uma maneira de se responsabilizar e prestar contas do que se faz dentro de limites do tipo corporativo - a capacidade e autonomia que todo trabalhador de saúde tem de “autogovernar” o seu trabalho, por ser como trabalhador em ação o próprio trabalho vivo em ato. E, neste sentido podendo-se interrogar a essência do modo como vem se instituindo a gestão do processo de trabalho, e a que interesses e intencionalidades ele obedece;

e, outra, que coloca em dúvida o sentido dos modelos instituídos capturadores, seus conteúdos tecnológicos e possibilidades, abrindo a chance de pensar sobre seus pressupostos ético-políticos, e sobre os procedimentos eficazes

na produção dos resultados pretendidos, com a captura que fazem do trabalho vivo em ato; abrindo dúvidas quanto aos paradigmas perseguidos, permitindo interrogar mais sistematicamente os modelos que têm servidos como predominantes e seus possíveis limites no modo como o trabalho vivo vem se conformando no seu interior.

Com estas descrições o que temos interrogado e levado a campo é a relação entre o trabalho vivo em ato que é capturado por estes modelos e a possibilidade de que o mesmo seja desterritorializado e (ré)capturado para gerar o oposto, isto é, um melhor equacionamento do uso dos meios e dos benefícios produzidos e uma diminuição da dependência, gerando-se maior autonomia dos "usuários" nos seus modos de andar as suas vidas.