



Cotidiano de uma residência terapêutica e a produção de subjetividade

Daily file of a therapeutic residence and the production of subjectivity

Cotidiano de una residencia terapéutica y la producción de subjetividad

*Dayse Andrade Bispo Silva**
*Maria Cristina Gonçalves Vicentin**

Resumo

As Residências Terapêuticas (RTs) são casas para pessoas com transtornos mentais ou uso abusivo de álcool e outras drogas, para os quais a falta de moradia e a precariedade da rede social são questões prioritárias em seus projetos de vida. Recebem principalmente ex-internos dos hospitais psiquiátricos, posicionando-se assim como um dos instrumentos fundamentais para a política de redução de leitos psiquiátricos no XXXX. Este artigo visa discutir o cotidiano de uma RT e seus efeitos de produção de subjetividade por meio de cenas observadas na residência ou no bairro em que se insere. É resultado de pesquisa de mestrado em Psicologia Social, desenvolvida pelo Núcleo Lógicas Coletivas e Institucionais, que tem como referência a Análise Institucional e a Micropolítica. As cenas foram construídas a partir da observação participante e do registro do cotidiano em diário de campo realizada por seis meses numa RT no município de XXXX. A residência contava com oito moradores do sexo masculino, entre 24 e 60 anos. As cenas foram analisadas de acordo com sua relação com os objetivos da reabilitação psicossocial. Pôde-se concluir que esta RT tem operado efeitos, nos moradores, de reconstrução dos sentidos/valores; de reconstrução do tempo, da responsabilização e de ampliação da contratualidade social. A análise das cenas permitiu também levantar questões presentes no cotidiano relativas à tensão entre *estar* e *habitar*.

Palavras-chave: Serviços Comunitários de Saúde Mental, Saúde Pública, Atividades Cotidianas.

* Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Contribuições dos autores:

DAB: fez a produção dos dados em campo que referencia este artigo.

MCGV: escreveu com a pesquisadora este artigo.

E-mail para correspondência: Dayse Andrade Bisoi Silva – dayse.bisposilva@gmail.com

Recebido: 26/10/2016

Aprovado: 29/03/2017



Abstract

The Therapeutic Residences (TRs) are homes for people with mental disorders or alcohol and other drugs abuse, for whom, the lack of housing and the precarious social network are priority issues in their life projects. They receive mainly former inpatients of psychiatric hospitals, being positioned as one of the key instruments for the reduction of psychiatric beds policy in Brazil. This article discusses the daily life of a TR and its subjectivity production effects through scenes observed at the residence or in the neighborhood in which it is located. It is the result of a master's research in social psychology, developed in the Center of Collective and Institutional Logics, which uses as references the Institutional Analysis and Micro politics. The scenes were built from the participant observation methodology and daily field diary held for six months in a TR in São Paulo city. The house had eight residents, male, between 24-60 years. The scenes were analyzed according to the goals of psychosocial rehabilitation. It was concluded that this TR operates effects on the reconstruction of their senses/values; on the reconstruction of the notion of time and on the responsibility and expansion of social contractuality. The analysis of the scenes also allowed us to discuss the daily routine on the tension between housing and homing.

Keywords: Community Mental Health Services; Public Health; Activities of Daily Living.

Resumen

Las Residencias Terapéuticas (RTs) son hogares para personas con trastornos mentales o abuso de alcohol y otras drogas, para quienes la falta de vivienda y la red social precaria son temas prioritarios en sus proyectos de vida. Reciben principalmente a los ex internos de hospitales psiquiátricos, posicionándose como uno de los instrumentos clave para la política de reducción de camas psiquiátricas en el XXXX. Este artículo busca discutir la vida cotidiana de una RT y sus efectos sobre la producción de subjetividad a través de escenas observadas en la residencia o en el barrio en que se insiere. Es el resultado de una investigación de maestría en Psicología Social, desarrollada en el Núcleo Lógicas Colectivas y Institucionales, que tiene como referencia la Análisis Institucional y la Micro Política. Las escenas fueron construidas a partir de la observación participante y del registro de lo cotidiano en un diario de campo, realizado durante seis meses en una RT en el municipio de XXXX. La residencia tenía ocho habitantes, hombres, entre 24 y 60 años. Las escenas fueron analizadas de acuerdo a su relación con los objetivos de la rehabilitación psicosocial. Se concluyó que esta RT genera efectos en los residentes de reconstrucción de los sentidos/valores; de reconstrucción del tiempo, de responsabilidad y de ampliación de la contractualita social. El análisis de las escenas ha permitido también tocar en cuestiones presentes en lo cotidiano relativas a la tensión entre *estar* y *habitar*.

Palabras claves: Servicios Comunitarios de Salud Mental, Salud Pública, Actividades Cotidianas.

Introdução

As Residências Terapêuticas (RTs) ou Serviços Residenciais Terapêuticos são casas para pessoas com transtornos mentais ou uso abusivo de álcool e outras drogas, para os quais a falta de moradia e a precariedade da rede social são questões prioritárias em seus projetos de vida. Recebem principalmente ex-internos dos hospitais psiquiátricos, posicionando-se assim como um dos instrumentos fundamentais para a política de redução de leitos psiquiátricos no XXXX.

O Ministério da Saúde¹ introduziu este serviço/residência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2000, com a Portaria nº 106/2000¹, hoje atualizada pela Portaria 3090/2011². Este espaço do morar está articulado à Rede de Atenção Psicossocial e estabelece que os profissionais, ali vinculados, tenham experiência ou capacitação específica em reabilitação psicossocial. A denominação híbrida *serviço/residência* coloca em destaque o fato de que se trata de uma resposta à demanda por moradia dos usuários em sofrimento ou transtorno psíquico, que realoca recursos da saúde, inserindo um modelo diferenciado de serviço no SUS. Além disso, por

ser um projeto do setor da saúde, tem um nome referido ao campo da terapêutica, para caracterizá-lo como tal³. Porém, na realidade, neste “nome” estão sobrepostas duas dimensões: o morar-casa como uma proposta de construção de laços sociais, familiares e subjetivos, e o morar-serviço porque ali circulam funcionários e diferentes instrumentos administrativos de um serviço de saúde⁴. Neste serviço/residência trabalham cuidadores que possuem o nível médio completo e uma supervisão técnica (que pode ser um funcionário do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS ou uma contratação à parte da equipe do CAPS). A RT que participou da nossa pesquisa contava com 10 cuidadores (em XXXX são chamados de acompanhantes comunitários-AC) e uma supervisão que também era funcionária do CAPS.

Saraceno⁵ diferencia o *habitar* do *estar* (ou *morar*) no processo de reabilitação dos ex-pacientes/moradores dos hospitais psiquiátricos. Para o autor, o *estar* está relacionado com a “escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço por parte de um indivíduo, com uma anomia e anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que no dito espaço não tem poder decisional nem material nem simbólico”⁵.

O manicômio é o lugar por excelência onde o *habitar* é negado e afirmado o *morar*. As experiências de moradias pós-hospitais psiquiátricos devem facilitar a criação de lugares para viver, sem programar a forma de viver nesses espaços, e os ACs como operadores de uma reabilitação, devem-se ocupar da construção de uma casa e de um habitar.

Com a noção de casa, nos referimos ao complexo de experiências concretas de requalificação-reaprendizagem do uso dos espaços, da orientação de usar o tempo segundo linhas não institucionais, da capacidade de uso dos objetos e oportunidades da vida cotidiana; mas, também: a possibilidade de revisitar a própria casa passada, as raízes e os lugares, as memórias e as impossibilidades; a noção de casa, portanto, pressupõe a existência de uma casa presente⁵.

Os percursos singulares que acompanham a experiência de viver numa casa (e não mais num hospital) são fundamentais para a apropriação da casa como o *habitar* pelos seus moradores. É um processo que envolve tanto as relações internas da casa quanto com a vizinhança. Saraceno⁵ pontua a importância dessa interação para aumentar a tolerância e desenvolver a solidariedade, assim

como a manutenção do contato com a família, com o objetivo de co-envolvê-la na experiência de vida autônoma do usuário.

Entretanto, não é apenas nessa mudança de ambiente (do hospital psiquiátrico para a RT) que o processo de reabilitação com o habitar irá acontecer. É preciso um trabalho coletivo de construção de relações entre os moradores e os funcionários.

É nessa relação que a reabilitação psicossocial pode acontecer, não como uma “substituição da desabilitação, mas como um conjunto de estratégias orientadas a aumentar a oportunidades de troca de recursos e de afetos”⁵. É uma abertura de espaços de negociação, como uma criação e multiplicação das oportunidades das trocas materiais e afetivas. Na medida em que são articuladas e flexíveis, aumentam a participação e a contratualidade real dos sujeitos que vai além da moradia e percorre intervenções e intersecções em variados campos, pois se precisa de uma integralidade do cuidado⁶.

É na vida cotidiana que o indivíduo se insere na sociedade. As atividades do dia a dia constituem uma trama de relações sociais, as quais são vinculadas às diferentes atividades do dia. Nessa trama, o indivíduo apropria-se do seu modo de realidade, marca sua personalidade, mantém sua particularidade e constrói uma vida inserida na sociedade⁷.

Guattari⁸ nos sugere a possibilidade de criação de cotidianos não serializados, permitindo-nos construir um clima de atividade e de responsabilidade com os moradores das RTs. Não a pensa somente com o objetivo de desenvolver um ambiente onde a comunicação circule, mas também para criar instâncias de subjetivação coletiva.

Guattari⁸ nos mostra, ainda, que contextos dos mais heterogêneos podem possibilitar uma evolução positiva para o ex-interno, que vão desde as relações com o espaço arquitetônico, as relações econômicas, a coexistência entre os moradores e funcionários da casa (como também dos espaços de tratamento), a aprendizagem a cada abertura para se conhecer o exterior, a exploração processual das singularidades dos acontecimentos, enfim, tudo aquilo que possibilita contribuir para a criação de uma relação autêntica com o outro.

Estamos falando aqui de produção de subjetividade a partir da convivência em relação com o outro (seja na casa ou na rua). Produção de novos sentidos para a vida, lugar de troca, autocriação permanente através da diversidade de encontros.

Oposta à internação que tem por finalidade o isolamento e produção de relações dependentes de ordem externas. Viver na cidade (ou reabilitação para outros autores) não se trata de adaptação da loucura à ordem social, mas de uma proposta de construção de vida, de sentido, de sociabilidade, e de utilização das formas de convivência nos espaços coletivos⁹.

Entendemos cotidiano, aqui, como o espaço-tempo que possibilita a emergência do extraordinário ou do novo dentro do que seria o “ordinário do dia-a-dia”. Ao propormos uma análise da trivialidade cotidiana, estamos olhando para a atividade criadora e de produção⁹. São nas práticas cotidianas – heterogêneas, múltiplas, naturalizadas ou em disputa⁹ – que fazemos um investimento íntimo do espaço e do tempo, inseparavelmente material e afetiva, que circunscrevem nosso campo familiar, marca nossas distâncias em relação ao outro e nos protege do caos.

Para Guattari⁸ a “demarcação dos ritornelos existenciais” (ou em outras palavras, a repetição criativa da nossa subjetividade) se opera na vida cotidiana, nos diversos patamares da vida social e, de forma mais geral, acontece quando está em questão a constituição desse território existencial. “O único ponto comum que existe entre esses diversos traços existenciais é o de sustentar a produção de existentes singulares ou de re-singularizar conjuntos serializados.”⁸

Acreditamos que através da reflexão crítica do cotidiano podemos estimular a ampliação desses territórios.

Este artigo é resultado de pesquisa de mestrado em Psicologia Social desenvolvida na XXXX que teve por objetivo discutir o cotidiano de uma RT e seus efeitos de produção de subjetividade por meio da análise de cenas observadas nela ou no território em que ela se insere.

Material e método

As cenas foram construídas a partir de uma imersão de seis meses numa RT no território da XXXX, município de XXXX, como parte dos compromissos com XXXX, sobretudo em relação ao vetor Pós-Graduação e Educação Permanente, promovendo reflexão nos processos de formação sobre as necessidades de saúde da população. Utilizamos a Observação Participante, nossa presença era de segunda a sexta, no período diurno e algumas

vezes noturno, na qual participamos do cotidiano da RT e das atividades externas, como passeios, compras e idas ao CAPS.

A casa contava com oito moradores, todos do sexo masculino, na faixa etária entre 24 e 60 anos. Contava também com oito profissionais: um coordenador e sete acompanhantes comunitários - cuidadores (que realizavam escala de 12 horas de trabalho por 36 horas de folga).

Para esta pesquisa, valemo-nos da Observação Participante¹⁰ e dos aportes da Análise Institucional¹¹. A Observação Participante é um dispositivo de pesquisa que se caracteriza pelo período de interações sociais intensas entre o pesquisador e os sujeitos em seu ambiente. É uma abordagem que, em todo o tempo, o pesquisador toma parte na vida coletiva daqueles que observa, ocupa-se essencialmente em ver, escutar e conversar com as pessoas, recolher e reunir informações. Porém, mais do que isso, é um deixar-se levar pela situação na qual os sujeitos vão se mostrando no processo, pois não há roteiro pré-estabelecido¹².

Um dos instrumentos utilizados neste percurso foi o *diário de campo* (sempre feito logo após as visitas à casa); o diário não tem a pretensão de ser apenas o registro dos acontecimentos, ele envolve todas as condições afetivas do pesquisador durante o processo¹¹. Não é um material neutro, nem política e nem afetivamente, pois expressa a complexidade de forças no campo e o coloca em análise, assim como também a pesquisa em si e o próprio pesquisador¹³.

Valemo-nos ao longo deste percurso, da *análise de implicação*, apresentada pela Análise Institucional¹⁴. Porque, por mais que o ato de observar possa parecer “imparcial”, seria irreal dizer que a presença da pesquisadora, quase que diária, na casa, não produziu efeitos nos sujeitos e na pesquisadora. A análise de implicação opõe-se radicalmente à pretensão de neutralidade de algumas ciências tradicionais. Nesse “novo espírito científico”, o observador e sua presença modifica o objeto de estudo, e, mesmo que ele se esqueça, ele sempre será um elemento do campo, pela sua simples presença. Assim, trata-se de realizar uma “análise coletiva das condições da pesquisa”¹⁵

Um primeiro tratamento do material foi feito durante a transcrição do áudio produzido pós-visita, feito pela pesquisadora, quando no próprio diário de campo, foram destacadas falas, histórias e acontecimentos significativos. Depois, houve uma seleção

desses fragmentos a partir de um vetor analítico: as dimensões serializadas ou singulares, comuns ou extraordinárias do cotidiano^{8,9}. A partir de então, os fragmentos foram reconstruídos na forma de cenas, agregando-se elementos do contexto e dos efeitos nelas identificados.

A escolha por cenas tem como base o referencial teórico do Psicodrama^{16,17}. A cena é um espaço-tempo que compõe uma dramatização e tem como elementos - cenário, personagens e trama - que seguem um fluxo que é construído em ato. Nas dramatizações psicodramáticas, elas acontecem no “como se” que é o espaço imaginário do palco, onde a liberdade espontânea-criativa se concretiza¹⁶. Aqui, utilizaremos as cenas no “como foi”¹⁶, na direção de descrever as intensidades do ocorrido. Portanto, as cenas aqui apresentadas possibilitaram levantar reflexões sobre a construção do cotidiano e a produção de subjetividade no serviço/casa juntamente com o processo de reabilitação psicossocial dos moradores^{18,19}.

Para cada cena foram atribuídos títulos e estas foram categorizadas de acordo com a sua relação com os vetores da reabilitação psicossocial conforme teorizados por Rotelli⁶ e Saraceno⁵: *reconstrução dos sentidos/valores; reconstrução do tempo; reconstrução da responsabilização e reingresso ao corpo social*. A análise das cenas permitiu também levantar questões presentes no cotidiano relativas aos modos de cuidar e à tensão entre *estar e habitar*.

Resultados

As cenas foram compostas por fragmentos do cotidiano vivido dentro de uma RT: são histórias, falas ou acontecimentos que nos possibilitam fazer reflexões acerca dos vetores de produção de subjetividade ali presentes. Especialmente daquelas que forjam uma forma de viver diferentemente da serialização do hospital psiquiátrico.

As cenas abarcam a multiplicidade do cotidiano dos moradores, por isso, não são exclusivas para cada vetor de análise proposto, eles estão entrelaçados como uma rede. Selecionamos as cenas em que o vetor em questão mais aparece, desenvolvendo as reflexões que cada uma promove, não excluindo outros vetores.

Reconstrução de Sentidos/Valores

Trata-se de aceitar o desafio da complexidade dos múltiplos planos de existência, atribuir novos

sentidos às tarefas comuns da vida cotidiana, indo na direção contrária à serialização produzida nos hospitais psiquiátricos. Que dormir, comer, amar, caminhar, falar e trabalhar tenham a legitimidade de serem “a graciosa banalidade de viver”⁶.

A cena escolhida mostra um momento de descontração em que um morador diagnostica todos na casa, dizendo que para estar ali tem que ter alguma coisa se não a casa não pode ser “terapêutica”.

Cena: “Fresquenia”

O período da tarde é o mais comunicativo na casa. Depois do almoço, alguns vão tirar cochilos, outros ficam assistindo TV ou conversando na cozinha. O momento do lanche, por volta das 15 horas, é quando eles vão espontaneamente se aproximando da mesa da cozinha e participando das conversas. Arara* é um dos únicos que não vai dormir depois do almoço. Passa a tarde toda conversando, principalmente com um Acompanhante Comunitário (AC), com quem ele tem um vínculo maior.

Certo dia Arara começa a imitar todos os moradores e ACs. Repete palavras ditas e gestos, muda a entonação da voz para cada pessoa. Depois fornece o diagnóstico sobre quem imitou:

Arara: Pesq. é clássica! AC1 também é clássico.

AC2 é perua.

AC3: E eu?

Arara: Você? Você tem “fresquenia”. Todo mundo nessa casa tem que ter alguma coisa, se não ela não é terapêutica.

Pesq.: “Fresquenia”?

Arara: Sim, AC3 sofre de ataque de frescura.

Apresenta-se aqui um sentido construído sobre a Residência e até sobre os diagnósticos. É preciso ter algo para que a casa seja terapêutica, “fresquenia” (uma junção criativa de frescura com esquizofrenia) surge como um diagnóstico que caracteriza aquela pessoa que tem “ataques de frescura”, tal como os ataques psicóticos de um esquizofrênico em crise.

Os anos de tratamento voltados em torno da doença e não do sujeito, fizeram com que aquele sujeito fosse separado da sociedade por considerável período de tempo e leva uma vida fechada e formalmente administrativa, fosse visto como o

* Para garantir o anonimato dos participantes, os nomes dos moradores foram substituídos por nomes de pássaros, também simbolizando a liberdade como possibilidade de modo de produção de subjetividade após os anos morando nos hospitais psiquiátricos. Os ACs serão identificados com sua sigla e número para identificar a quantidade de participantes na cena.

esquizofrênico, o depressivo, o bipolar, o alcoólatra etc., mesmo que isso não representasse a totalidade dessa pessoa. Quebrar este processo foi o primeiro objetivo da desinstitucionalização italiana⁶.

Foram décadas (ainda recentes) com esse pensamento, que nos faz inclusive utilizar a nomenclatura “terapêutica” nas residências. Mesmo entendendo que terapia aqui é “um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e imediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento”⁶. A Fresquenia recompõe de forma brincalhona o sentido de estar num serviço “terapêutico” e permite que se exerça aí uma relação de poder às avessas: é o morador que diagnostica os profissionais e o próprio pesquisador!

Reconstrução do Tempo

O vetor *reconstrução do tempo* é utilizado segundo linhas não institucionais. Diferentemente do que ocorria nos hospitais psiquiátricos, onde as atividades diárias eram rigorosamente agendadas, impostas por um sistema de regras formais explícitas; trata-se na reabilitação do tempo em relação ao sujeito e não à instituição^{6,7}.

No processo de reabilitação, pretende-se abandonar a noção de marcação do tempo através das atividades serializadas das instituições totais (“hora de acordar”, “hora de almoçar”, “hora de tomar banho”). Abandonar esse tempo quase “atemporal” do hospital psiquiátrico, que se arrasta em direção a um tempo “mortificado”. Construir uma noção que caminhe na dimensão que o sujeito estabelece para si, seja lento ou rápido, no “marasmo” ou na agitação. Mas é o tempo do sujeito, não do lugar onde ele se encontra.

O cotidiano pode ser um tempo linear, capturado pela lógica da acumulação, de gestos repetitivos, determinados pelo fluxo contínuo do modo de produção capitalista que se reproduz na passagem das horas de nossos processos de trabalho²⁰. E é nesse paradoxo que o extraordinário, o diferente pode acontecer e se podem construir caminhos de mudanças⁹. Produzir tempo de criação para afirmar a vida.

É fácil lembrar-se das atividades diárias impostas pelo hospital psiquiátrico, que funcionam em horário comercial, portanto há horários fixos para acordar, tomar banho, tomar a medicação. Numa situação de casa, como uma RT, não há o

rigor dos horários, mas há certa rotina que envolve inclusive as atividades propostas pelo CAPS. Arara não acorda cedo se não tiver compromisso, acorda próximo ao almoço e ajuda os ACs na cozinha. O “problema” está em acordar (de mau humor) para ir às oficinas. Não é também uma situação de não gostar das atividades do CAPS, é o horário que o deixa assim.

A construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) com parceria RT e CAPS ajudaria no trabalho de reconstrução desse tempo do morador, inclusive para discutir com o próprio se é uma questão a ser trabalhada ou não. Como a própria definição nos mostra, projeto terapêutico é compreendido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido²¹.

O segundo ponto também está envolvido com a construção de um PTS, quanto à responsabilização do horário da sua medicação e quanto ao almoço na casa. Novamente, são questões que podem ser articuladas juntamente com o morador e se de fato acordar tarde seja um prazer, que os horários das atividades no CAPS sejam modificados, assim não viraria um problema de relação com os ACs.

A cena, a seguir, mostra-nos como o cuidador pode “fornecer seu tempo” para o desejo do outro.

Cena: Andarilho de cadarços

Sabiá é um andarilho nato, mas tem uma peculiaridade: ele tem medo da rua, não sai sozinho. “Se você deixar o portão aberto Sabiá não foge”. Passa o dia inteiro andando pela casa, sobe e desce as escadas, só senta para comer, até dormindo é inquieto (fala a noite toda). Morou 15 anos num hospital psiquiátrico.

Saí com ele algumas vezes para ir ao CAPS ou quando alguém ia resolver algo e levava ele junto. Acho que ele percebeu que comigo havia mais possibilidade de sair de casa. “Nós vamos passear hoje?” ele sempre me perguntava quando eu chegava, ou então ele já dizia “Sabiá já passou hoje, AC já levou Sabiá para passear hoje”.

Um dia eu cheguei e ele logo me abordou “vamos passear hoje? Ninguém quis levar eu, vamos passear?”. Vamos!

Deixo ele escolher o caminho, presto muita atenção na trajetória porque não conheço muito bem o bairro. Subimos a rua inteira até a parada do ônibus. Era difícil estabelecer um diálogo, mas “conversa-

mos” muito: “*Sabiá tem medo de andar sozinho*”, “*segura eu, eu vou cair*”, “*olha o carro, pega na minha mão*”, “*olha o ônibus, hoje não é para sair de ônibus, só caminhando hoje*”, “*ocê tem cigarro? Você não fuma, né?*”.

Num dado momento, começamos a voltar e os pedidos de cigarro aumentam “*eu quero fumar. Você não tem cigarro, né? Só pode fumar depois do lanche.*” Isso foi dito várias vezes até que num instante ele fala “*temos que voltar, está na hora do lanche e se comer o lanche Sabiá pode fumar*”. Olho no relógio: 15h00 em ponto, realmente está na hora do lanche.

A construção dessa relação com o tempo associada ao lanche e ao cigarro nos chama atenção. Noção do tempo como sucessões de momentos presentes, no qual temos experiências múltiplas e fragmentadas.

Como trabalhadores de saúde mental, precisamos ouvir o ritmo de cada um, como Pelbart²¹ pontuou: “a loucura (...) é a recusa de determinado regime de temporalidade, o protesto em forma de colapso frente ao império da velocidade, e a reivindicação de um outro tempo”. O tempo ganha importância nas dimensões do cuidado, na discussão dos PTS e nas negociações que esse trabalho envolve.

Pelbart²¹ também coloca a dificuldade de lidar com essa noção do tempo diferente da nossa, pois para ele não temos nem o tempo nem a paciência para sustentá-lo, pois “somos amantes das formas, das ordens, dos projetos, do futuro já embutido no presente”. O desafio seria proporcionar as condições para um tempo não controlável, não programável, que possa trazer à tona os acontecimentos espontâneos, e não neutralizá-los. Respeitar a heterogeneidade temporal e fomentá-la através da criação de diferentes temporalidades grupais (*idem*).

Reconstrução da Responsabilização

A cena a seguir apresenta uma análise quanto ao vetor *reconstrução da responsabilização*, que fala da transformação de pacientes em atores sociais, da promoção da *participação*, e da possibilidade de modificar as regras do jogo, de maneira que desse participassem “fracos e fortes” em trocas permanentes de competências e interesses. É uma emancipação quanto ao dinheiro, sentimentos, vontades, participação nas decisões, nas opiniões e nas escolhas^{5,6}.

Podemos produzir ações que buscam intervir no poder contratual do sujeito nos distintos espaços

e nas relações da vida dos moradores, aumentando o poder de participação nos processos de trocas sociais²⁰. É um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho como valor social⁶.

Na organização desta casa/serviço, algumas atividades são realizadas para trabalhar essa contratualidade entre os funcionários, moradores, funcionários e moradores. Nesta RT há duas reuniões: dos funcionários e a assembleia dos moradores. As reuniões (técnicas e assembleias) são espaços que possibilitam a circulação das falas, abrindo espaço para discussões sobre as questões mais diversas.

Esta cena que apresentaremos abaixo foi um momento em que Bicudo verbalizou que desejava voltar a trabalhar, mas queria autorização para voltar a fazer “bico”, porque ele acabara de receber o benefício da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

Cena: Vontade de trabalhar

Bicudo sentou do meu lado e começou a falar:

Bicudo: Eu estava pensando em voltar a fazer bico...

Pesq.: Fazer que tipo de bico?

Bicudo: No lava jato.

Pesq.: Esse aqui perto da casa?

Bicudo: Não, onde eu trabalhava antes. Eu recebo o benefício, me disseram que eu não posso trabalhar, mas queria fazer bico. Eu acho que bico eu posso.

Pesq.: Você não quer fazer bico pelo dinheiro?

Bicudo: Não... Mas eu tenho que pedir autorização. AC1 falou que se eu achar um lugar para trabalhar, tudo bem. Mas eu acho que o AC2 [responsável pela prestação das contas deles] do jeito que é não vai deixar. Eu ainda tenho que pedir autorização à coordenadora...

O dinheiro é um elemento importante para impulsionar os projetos de moradias, pois permite que os ACs saiam de uma ação exclusivamente assistencial em saúde, já que a liberação do benefício da LOAS só acontece via documentos (o que fez com que alguns ACs vão atrás das histórias de vida de alguns moradores para recuperá-los). Por outro lado, também os moradores passaram a ter como planos, a aquisição de bens, quando cidadania e consumo misturam-se na produção de subjetividade.

Mas o recebimento do LOAS (e como ele é significado) revela as contradições que se colocam nesse âmbito. É obtido através do reconhecimento público de uma “deficiência” e lhe proporcionar uma aposentadoria, que significa também que o tra-

balho (a princípio) não faz mais parte da trajetória futura do sujeito. Scarcelli² pontua que a vontade de estar empregado oficialmente pouco foi manifestado como desejo, para alguns ex-pacientes/moradores dos hospitais: “o emprego conseguido após a internação foi deixado, com a justificativa de que muito se trabalhou dentro do hospital e que agora é o momento de se ter uma vida tranquila, sossegada, própria de um aposentado”³.

Mas, e na situação em que o morador da RT que possui o benefício deseja o trabalho? Bicudo trabalhava num lava a jato antes de ir para RT, na casa fazia cadeirinhas com pregadores de madeiras para ganhar um “trocado” antes de receber o benefício. O desejo de trabalhar e de voltar a estudar foi expresso várias vezes, mas esbarra nas dificuldades de sustentação deste projeto pelo próprio *serviço*, na “burocracia administrativa”: precisa-se pedir autorização para quem presta contas do seu dinheiro e para quem coordena a Residência. Como a própria fala de Bicudo demonstrou, há uma divergência de opiniões quanto a esse trabalho: alguns concordam e outros acreditam que seja “*para ele voltar a frequentar as “bandas” de lá, como antes*” (fala do AC).

Reingresso ao Corpo Social

Nosso último vetor de subjetivação é o *reingresso ao corpo social*, que entendemos como a participação dos moradores como atores sociais no âmbito da comunidade, o que Saraceno⁵ chama de abertura dos espaços de relação e abertura dos espaços de negociação.

O benefício financeiro (LOAS** ou PVC – Programa de Volta Pra Casa) é um tema paradoxal na Saúde Mental. Ao mesmo tempo em que é uma conquista para os sujeitos que tiveram anos de sua vida enclausurados em instituições asilares/psiquiátricas e agora podem retomar aspectos de sua vida em sociedade (incluindo o consumo), também limita esse sujeito quanto aos seus desejos de voltar ao mercado de trabalho, ou de casar³.

É quase inevitável falar em inserção social e não falar em dinheiro e no seu valor para nossa sociedade. “Cidadania e consumo se misturam na produção de subjetividade”³. A inclusão no mundo

do consumo é intrínseca ao modo de vida da nossa sociedade contemporânea. Como efeito, a ligação com a comunidade parece possível pela via de acesso ao mundo do consumo, possibilitando a circulação pela cidade (*idem*).

Há, porém, outro segmento populacional que acabou lucrando com esse movimento de saída do hospício para cidade. Podemos perceber certo “acolhimento” por parte dos comerciantes das cidades (...) pois o grande número de indivíduos, até então enclausurados, apresentam-se a partir de então como consumidores, aquecendo, em alguns lugares, o mercado local³.

Para esta discussão apresento a seguinte cena:

Cena: O Supermercado

Um senhor com “tique” na boca empurra um carrinho no supermercado, procura massa pronta de fazer bolo. Sua cuidadora diz que ele não falava nada, até que um dia eles estavam escolhendo a massa de bolo e ele falou “*vamos levar esse aqui*”.

Não, não é uma cena desta RT, é do documentário Ruínas da Loucura (de Mirela Kruehl e Karine Emirich, 2009).

A relação com o supermercado é assim: o carro da ONG gestora da RT chega, o AC grita: “*acorda povo, vem ajudar a tirar as compras do carro e colocar no armário*”. Todos descem. Cada um vai pegando o que pode. Os mais altos colocam as mercadorias na última prateleira, outro coloca na geladeira, outro recolhe as sacolas e vai colocando na churrasqueira e outro vai colocando os sacos já abertos nos potes.

A compra do mês está feita e arrumada.

Como foi colocado acima, uma das ligações comunicativas entre a RT e a comunidade são os meios de consumo e o supermercado é um dos lugares que os moradores podem circular para ressignificar sua relação com o dinheiro, com as compras coletivas e com os desejos individuais de consumo²³.

A participação dos moradores, no caso da RT dá-se na organização das compras e na solicitação de alguns produtos. Eles não participam da compra em si porque, segundo um AC, “as compras são longas e é uma questão de agilidade a não presença deles”. Porém, eles participam de compras menores como as frutas e verduras da feira livre que acontece todas as quintas e quando falta algo, há um mercado próximo. Mas essa relação com as compras coletivas acontece mais com um morador:

** Estes são os dois benefícios recebidos pelos moradores: LOAS – benefício assistencial a pessoas com deficiência pela Lei Orgânica da Assistência Social, e PVP – Programa de Volta Pra Casa que é o auxílio de reabilitação psicossocial a sujeitos que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas.

Tangará sabe ler e fazer contas, então ele sabe negociar sem a presença dos ACs. Ele é quem vai à feira ou ao mercado próximo e, quando precisa, ajuda algum morador.

Quando algum morador precisa comprar algo pessoal, geralmente o AC responsável pela sua prestação de contas - vai junto para auxiliar. Mas há uma preocupação de não permitir que a compra só seja efetuada pela sua presença, o AC está ali para acompanhar, auxiliar no transporte e, quando preciso, confirmar os dados do morador.

Outro ambiente em que os moradores circulam, esse com mais frequência, é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) próximo à Residência. O CAPS é o principal instrumento de implementação da Política Nacional de Saúde Mental e deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência e na organização da rede de cuidados em saúde mental²⁴.

Nesta mudança, o sujeito passa de uma assistência manicomial, com poucas (ou zero) trocas sociais a um espaço público como lócus terapêutico, de intervenção, de montagens e instalações permanentes²². Nesse espaço a relação com a comunidade em seu entorno existe e é estimulada.

O ato de cuidar na saúde mental é um processo de redescobrir a dimensão do cotidiano como produção criativa da vida, produzir uma nova temporalidade, resgatar a relação com o passado e o futuro e potencializar a vontade de fazer história²². Ou seja, ocupar-se com o aqui e agora, fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do sujeito, e ao mesmo tempo, ajude-o a transformar sua vida concreta e cotidiana⁹.

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele, é constituir uma relação afetiva. Deixa de dizer apenas à doença e passa a dizer respeito também ao sujeito que sofre e ao seu modo de sofrer que constrói sua relação com o social. As ações de cuidado passam a acontecer onde o sujeito vive²². O cuidado está atravessado por vários vetores subjetivos: por quem cuida, por quem é cuidado e os valores morais que circunscreve este contexto. Por exemplo, a infantilização do louco, como aquele que, por ser desprovido de razão, não pode decidir por si, ou que não sabe o que é certo e errado.

Um ambiente como CAPS, assim como uma RT, é o local privilegiado onde os sujeitos que ali frequentam estão “permitidos socialmente” a serem diferentes o quanto quiserem.

Mas existe uma linha tênue entre cuidado e tutela, justamente por envolver uma relação afetiva. Nesta relação, pode-se criar uma “hierarquia paternal” em que o cuidador encontra-se na posição de saber o que é “melhor para o paciente”, ou não permitindo que este sujeito seja, pense, comporte-se de forma diferente a normalidade estabelecida pelos padrões da sociedade.

Cena: Cigarro

O cigarro é uma questão que divide a casa. Aqui apresento algumas falas que aconteceram em momentos diferentes quanto ao consumo do cigarro na Residência:

AC: O cigarro é um vício que Tangará, Juriti e Sabiá têm. A gente não pode estimular o vício, então se compra cigarro com o dinheiro deles. O problema é que só Tangará recebe o benefício, mas ele tem um coração tão bom que compra pros três. Se a gente deixasse o cigarro do lado de fora do armário, Sabiá mesmo fumaria tudo em 2 minutos. Por isso, a gente tranca e só dá depois das refeições.

AC: Sabiá, vai comer a bolacha. Só dou o cigarro depois que você tomar o café.

Juriti: Você fuma?

Pesq.: Não.

Juriti: Cigarro (olhando para AC).

AC: Você já fumou, Juriti. Agora só depois do jantar. Juriti sai da cozinha, abre o latão de lixo da casa e pega algumas “bitucas” de cigarro.

AC: Juriti! Não pode pegar coisa do lixo!

Juriti: Ué?! Não tem cigarro.

AC: A questão do cigarro é uma controvérsia aqui. A maioria dos ACs não fumam, então eles querem que os moradores parem de fumar, porque faz mal. Eu sei que faz mal, mas é uma decisão minha ser fumante, por isso eu acho que tem que deixar eles decidirem se querem ou não fumar.

Pesq.: Me disseram que era porque não podia comprar cigarro com o dinheiro da casa, por isso que é Tangará quem compra.

AC: É, a gente não pode colocar o cigarro na prestação de contas. Mas a gente tem uma caixinha para essas coisas e que poderia muito bem ser usado para comprar cigarro. Independente de quem compra, eu acho errado colocar no armário trancado e dizer qual é o momento que se pode fumar. Por isso que, quando é o meu plantão, Sabiá e Juriti ficam no meu pé pedindo cigarro, porque eu fumo lá na garagem e depois divido com eles.

Discussão

Todos esses vetores de produção de subjetividade (reconstrução de sentido/valor, de tempo, de

responsabilização e reinserção ao campo social) atravessam uma das principais questões das RTs: a produção do habitar.

A construção desse espaço do morar, como as cenas nos mostram, faz parte de um processo que requer investimento nos vínculos, tempo e trabalho de enriquecimento do cotidiano da casa e de suas relações com o bairro e com a cidade. Nem sempre para os moradores, a RT é a casa deles, há uma memória afetiva da casa que eles habitavam antes das internações prolongadas nos hospitais psiquiátricos.

Para um dos moradores, por exemplo, sua casa fica em XXXX, onde ele provavelmente nasceu e cresceu, sua referência de habitat. Ele demonstra em várias circunstâncias que está na RT, mas ainda não a habita (nem saberemos se um dia isso irá acontecer). Por isso ele é sempre vigiado, “se deixar o portão aberto ele foge”.

Lancetti²⁵ foi um dos poucos autores que discutiu a questão da “fuga”. A RT é uma casa, com possibilidade de ir e vir de quem lá vive. Mas, ao mesmo tempo, a dimensão do cuidado, faz com que a responsabilidade dos profissionais de saúde em relação aos moradores coloque atenção quanto ao portão da casa e à circulação dos moradores. É nesse contexto que a linha tênue entre cuidar/tutelar também se mostra. Cuidar é criar possibilidades, abrir caminhos para a criação do novo, tutelar é impedir essa criação sob a máscara de cuidado.

O que se evidencia são a complexidade e a sensibilidade deste trabalho relacional, onde o cotidiano e seus constantes desafios e paradoxos é a ferramenta de trabalho. Mas, uma coisa - as cenas e a imersão nos mostram - a liberdade é terapêutica. Nada como poder reconstruir histórias de vida que estavam pausadas dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos. Nada como construir um novo lugar e uma nova sociabilidade, ou, nas palavras de Arara, uma “Família Terapêutica”.

Cena: Nós somos a família terapêutica

Arara chora/grita no andar de cima e eu estou conversando com Bicudo.

Pesq.: Como você fica quando tem outro morador passando mal?

Bicudo: Eu fico péssimo porque podia ser qualquer um de nós. E também porque a gente gosta dele, não quer que ele sofra, ele é como um irmão pra nós.

A todo tempo percebo esse afeto fraternal entre eles, seja por um abraço, uma piada ou uma ajuda no cuidado da higiene. Há um vínculo entre eles que

se sobrepõe às desavenças. Mesmo depois de brigas que ultrapassaram a barreira do físico.

Certo dia, Arara e um AC estavam me contando sobre momentos difíceis da casa. Um deles foi quando Bicudo ficou muito doente. Ele não conseguia se levantar da cama, comer, beber, nada. Então, os moradores ajudam os ACs nesse cuidado, mas o mais difícil era dar banho porque ele tem quase dois metros de altura e é muito pesado para ser carregado. Então, quem ajudava era o outro morador de quase 2 metros (Arara).

Arara: Era difícil, nem eu aguentava com ele, imagine os outros. Tinha que pegar ele e levar para o banheiro, às vezes. Ajudar a levantar ele, quando ele pedia. Foi um sofrimento aquela época. Mas, é assim mesmo, **aqui é todo mundo uma família, a família terapêutica.**

Considerações finais

A pouca visibilidade sobre este equipamento ficou evidente, principalmente quando (nesses dois anos de mestrado) tentava explicar este projeto de estudo: foram poucas pessoas que conheciam a mudança da assistência em saúde mental e muito menos conheciam a existência dessas RTs.

Destaca-se a cena sobre o *reingresso ao corpo social*, pois fala do momento que nos encontramos: depois de décadas como o hospital psiquiátrico sendo o local hegemônico de tratamento para os loucos conhecidos pela sociedade.

Com relação à “re-entrada” dos moradores na comunidade, temos a *reconstrução dos sentidos/valores*, pois muitos foram construídos a partir do cotidiano serializado dos hospitais. Diferentes sentidos para questões como diagnóstico, circular pela cidade sem medo e a própria noção de liberdade são produzidas diariamente. Concomitantemente ao processo de responsabilização pela sua própria vida, pois não há uma instituição que decida mais pelo sujeito. Há serviços, pessoas e instrumentos que agora auxiliam esses sujeitos nas suas decisões e na participação dos espaços em que eles habitam, inclusive a casa. Espaço este que está em constante construção através do cotidiano coletivo e singular dos moradores. Essa experiência nos mostra que mesmo sendo “a casa deles”, a RT poderá ser nunca o habitat de alguns.

A questão que foi menos desenvolvida foi o tempo. Por ser um conceito relativo, ele transita entre a nossa noção contemporânea (onde “tempo é dinheiro”, “não se pode perder tempo”) e entre a

noção construída ao longo dos anos de internação nos hospitais, onde o tempo é quase atemporal e suas marcações são estabelecidas pelas regras formais de um estabelecimento. Esses moradores transitam entre o híbrido desses dois tempos: entre os horários e as rotinas do funcionamento da casa e entre a possibilidade de passar toda a tarde na varanda tomando banho de sol num dia frio.

Não podemos cair na ideia simplista que de o hospício é exclusão e o retorno à cidade é inclusão por si só³. Há um processo que envolve todos os vetores de produção de subjetividade aqui apontados. Mas também, nada substitui o prazer de viver a “banalidade” da vida: acordar, comer, dormir, receber visitas, fazer café para elas, lanchar bolo hoje e biscoito amanhã, ir à feira para comprar as frutas para o suco do almoço do dia, etc.

Torna-se imprescindível a inserção de atividades dentro da comunidade, dentro do território onde se articulam saberes, incorporando inovações sociais. Por isso que, para a Saúde Mental, nesse momento, é preciso tecer a rede existente entre as políticas sociais que o Brasil possui.

Foram décadas de aprisionamento e esse é o momento de unir forças entre as universidades, trabalhadores, gestores, usuários e militantes para a manutenção e melhoria dos serviços, dispositivos e cotidianos que sustentam essa política.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 3090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria n° 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Diário Oficial da União 26 dez 2011; Seção 1.
3. Scarcelli IR. Os Sentidos do Morar e a Cidade: um olhar sobre os serviços residenciais terapêuticos. Cadernos IPUB. 2006. 22:71-81.
4. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em Saúde Mental e Práticas de Cuidado no Contexto do Serviço Residencial Terapêutico. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2009 Feb [cited 2016 Oct 13]; 14(1): 195-204. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100025>.
5. Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação à cidadania possível. 2 ed. Belo Horizonte: Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia; 2001.
6. Rotelli F. A Instituição Inventada. In: Nicácio F (org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec; 1990. p. 89-99.
7. Kantorski LP, Guedes AC, Cortes JM, Jardim VMR, Coimbra VCC, Oliveira MM. Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano num Serviço Residencial Terapêutico: um estudo de caso. Rev. eletrônica enferm. [Internet]. 2013 jan/mar [cited 2016 Oct 16]; 15(1):61-70. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/16128/0>
8. Guattari F. Caosmose. São Paulo: Ed. 34; 1992.
9. Woronowski M. Pichon Rivière y la crítica de la vida cotidiana. In: Jasiner G, Woronowski M. Para Pensar Pichon. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1992. p. 47-77.
10. Lapassade G. Observação Participante. In: Barus-Michel J et al. (orgs.). Dicionário de Psicossociologia. Lisboa: Climepsi; 2005. p. 286-297.
11. Altoé S (org.). René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC; 2004.
12. Fernandes FMB, Moreira MR. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. Physis [Internet]. 2013 June [cited 2016 Oct 13]; 23(2): 511-529. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200010&lng=en.
13. Weber F. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo? Horiz. antropol. [Internet]. 2009 July/Dec. [cited 2016 Oct 14]; 15(32): 157-170. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v15n32/v15n32a07.pdf>
14. Paulon SM. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção Psicol. Soc. [Internet] 2005. Sept./Dec. [cited 2016 Oct 14]; 17(3): 18-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3.pdf>
15. Lourau R. Implicação: um novo paradigma? In: Altoé S. René Lourau: analista em tempo integral. São Paulo: HUCITEC; 2004. p. 246-258.
16. Moreno JL. Psicodrama. São Paulo: Editora Cultrix LTDS; 1978.
17. Assad FB, Pedrão LJ. O teatro espontâneo do cotidiano como um instrumento terapêutico nas ressignificações de ser um portador de transtorno mental. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 Oct 16]; 22(4): 1089-1097. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400027&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400027>.
18. Pinheiro JAC, Machado LD. Experiência Clínica por Meio de Imagens Cartográficas. Psicol. Soc. [Internet] 2011 [cited 2016 Oct 16]; 23 (no.spe): 120-8. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400015
19. Lima EMFA, Yasui S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. Saúde debate [Internet]. 2014 Sep [cited 2016 Oct 13]; 38(102): 593-606. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300593&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>.
20. YASUI S. Entre o Cárcere e a Liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. Polis e Psique [Internet] 2012 [cited 2016 Oct 13]; 2: 5-15. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40317/25626>



21. Boccardo ACS et al. O Projeto Terapêutico Singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev Ter Ocup Uni São Paulo*; 2011; 22(1): 85-92.
22. Pelbart PP. *A Nau do Tempo-Rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago Ed.; 1993.
23. Amorim AKA, Dimenstein M. Loucura e Cidade: cenas biopolíticas e incursões (des)institucionalizantes. *Fractal: Rev. Psic. [Internet]*. 2009 [cited 2016 Oct 14]; 21(2):319-35. Available from: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/272>
24. YASUI S, COSTA-ROSA A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática de novos dispositivos de saúde. *Saúde debate* 2008; 32(78,79,80): 27-37.
25. Lancetti A. Cuidado e Território no Trabalho Coletivo. In: *Cadernos de Subjetividade*. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisa da Subjetividade – PUC-SP; 2010. p. 90-7.