



**Health
Residencies
Journal (HRJ).
2024;5(25):35-44**

**Artigos de
Revisão**

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v5i25.1060](https://doi.org/10.51723/hrj.v5i25.1060)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 22/07/2024

Aceito: 09/08/2024

Convivência na saúde mental: vinculação territorial na clínica psicossocial

Coexistence in mental health: territorial relationships on the psychosocial clinic

Lucas Fernando Ponce Meireles¹ , Filipe Willadino Braga²

¹ Psicólogo, Residente Multiprofissional no Programa de Saúde Mental do Adulto, Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS. E-mail: lucasfpmeireles@gmail.com.

² Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília. Preceptor do Programa de Saúde Mental do Adulto da ESCS/DF. E-mail: filipewbraga@yahoo.com.br.

Correspondência: lucasfpmeireles@gmail.com

RESUMO

Objetivo: explorar a convivência na Saúde Mental e seus efeitos psicossociais e terapêuticos como estratégia através da vinculação territorial, formação de redes de apoio, e implicações na vida dos usuários. **Metodologia:** revisão teórico-narrativa, selecionando artigos por meio de termos e buscadores booleanos em base de dados e literatura clássica do acervo próprio. **Resultados:** o tratamento histórico da loucura no Brasil privilegiou o isolamento social como medida de tratamento gerando exclusão social. O território em Saúde Mental é a superação do espaço físico para um espaço qualificado pelo sujeito como produto das relações que se estabelecem dentro daquele contexto, resignificando como espaços terapêuticos de autonomia, inserção e emancipação. A convivência constitui-se como a interação com outros sujeitos que experienciam e trocam momentos e vivências formando uma rede de conexões servindo como uma reação contrária e estruturante do sujeito a essa ótica excludente produtora da loucura. **Conclusão:** a convivência pode apresentar-se como um importante recurso para promoção de saúde mental aos usuários, mas deve-se adotar uma abordagem horizontal e não institucionalizado nas relações sociais, considerando que nem toda convivência é terapêutica por si só.

Palavras-chave: Saúde mental; Vinculação territorial; Convivência; Clínica psicossocial.

ABSTRACT

Objective: to explore coexistence in Mental Health and its psychosocial and therapeutic effects as a strategy through territorial bonding, formation of support networks, and implications in users' lives. **Methodology:** theoretical-narrative review, selecting articles through terms and boolean search engines in databases and classical literature from our own collection. **Results:** the historical treatment of madness in Brazil privileged social isolation as a treatment measure, leading to social exclusion. The territory in Mental Health transcends physical space to a space qualified by the individual as a product of the relationships established within that context, redefining them as therapeutic spaces of autonomy, integration, and emancipation. Coexistence constitutes interaction with other individuals who

experience and exchange moments and experiences, forming a network of connections serving as a counteractive and structuring reaction of the individual to this excluding perspective that produces madness. **Conclusion:** coexistence can be an important resource for promoting mental health to users, but a horizontal approach should be adopted, not institutionalized in social relations, considering that not all coexistence is inherently therapeutic.

Keywords: Mental health; Territorial relationships; Social coexistence; Psychosocial clinic; Covid-19.

INTRODUÇÃO

Estamos vivendo em um contexto de pós-pandemia da covid-19, período marcado por um grande isolamento social que traz diversas questões a respeito da fragilização ou extinção dos vínculos pré-existentes e o impacto gerado por essa dinâmica na saúde mental da população.

No primeiro ano de pandemia, a OPAS/OMS – Organização Pan-Americana de Saúde¹ comunicou um aumento de 25% nos casos de depressão e ansiedade ao redor do globo. A crise em saúde mental evidenciada pela pandemia tem sido chamada da quarta onda de acordo com os critérios de divisão das consequências da pandemia, sendo resultado direto da infecção ou de seus desdobramentos psicossociais².

Quando pensamos sobre desdobramentos psicossociais da pandemia, falamos sobre os diversos estressores enfrentados pela população: medo de se infectar com o novo vírus, medo da morte, isolamento social, solidão, traumas, transtorno de estresse pós-traumático em decorrência de perdas significativas e/ou superexposição a notícias alarmantes ou comunicações trágicas³. Esses estressores se tornam ainda mais impactantes em populações que enfrentam vulnerabilidade social, principalmente quando não dispõem de meios para encurtar as distâncias do isolamento social através do domínio do uso de tecnologias digitais da comunicação, por exemplo⁴.

Entretanto, seria precipitado afirmar que as consequências do isolamento social, ou seja, a falta do conviver entre pessoas, é umas das causas do adoecimento psíquico durante a pandemia. Torna-se refletir que muitas famílias e casais ficaram confinadas a si, obrigadas a conviver em uma proximidade antes desconhecida, abrindo possibilidades para atritos, desgastes e possíveis rompimentos das relações interpessoais.

Considerando que enfrentamos um extenso período de isolamento social, a reflexão sobre a impor-

tância da (re)significação da convivência como meio de construir redes de apoio no território torna-se indispensável. Essa construção desempenha um papel crucial na manutenção dos vínculos sociais e na criação de significado nas relações interpessoais.

No contexto atual de saúde mental e na crescente valorização das intervenções psicossociais, é essencial examinar o papel da convivência na promoção do bem-estar e na abordagem de sofrimentos cotidianos⁵.

METODOLOGIA

No intuito de destacar o campo da saúde mental, é preciso escolher um método que seja capaz de dimensionar os processos de subjetivação e construção de um sujeito cujas interações no mundo não se dão tão somente através de uma noção cartesiana do processo de saúde/doença como em variáveis controladas, mas a partir também de uma análise qualitativa de suas relações, histórias de vida, a cultura e o espaço que se é ocupado dentro de determinado recorte de vida⁶. A pesquisa qualitativa não tem como por objetivo ser a resposta final a um embate dicotômico na validação da produção científica, mas a propriedade da ciência que descreve, enuncia característica particular a determinado fenômeno através de métodos múltiplos e diversos acerca da subjetividade⁷.

Este artigo trata-se de uma revisão teórico narrativa e por esse sentido, a narrativa refere-se à forma como os eventos são organizados e interpretados, permitindo que o narrador crie representações de si mesmo, dos outros e do mundo, enquanto atribui significados às experiências compartilhadas⁸. O entendimento de uma história não é uma mera enumeração dos fatos, mas todo o conteúdo com quem e o que essa narrativa se relaciona e os significados que são atribuídos, garantindo uma estrutura narrativa próxima ao que foi vivido por aqueles sujeitos e o que os atravessam⁹.

A revisão de literatura é feita através da consulta do estado da arte de um determinado campo teórico, e em especial cuidado, um campo familiar ao autor para não ocorrer em uma pobreza interpretativa¹⁰, permitindo o desenvolvimento de teorias, estabelecendo conexões e relações entre temas consolidados e novas áreas do saber a fim de promover novas problematizações e contextualizações da produção de conhecimento. Para a pesquisa bibliográfica, foram selecionados artigos nas seguintes bases de dados: SciELO, BVS, LILACS, Revista CAPES e Google Scholar; utilizando os termos e operadores booleanos como descrito na Tabela 1. Também foram utilizados artigos científicos, dissertações, teses e livros clássicos do acervo pessoal que dialogassem com a mesma proposta da temática, uma vez que há conceitos clássicos da literatura que são indispensáveis para contextualizar determinadas práticas e fenômenos.

Este artigo não envolve coleta de dados primários, intervenção em seres humanos, ou utilização de dados pessoais que requeiram aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo dispensado conforme as normas vigentes.

Tabela 1 – Termos e operadores booleanos utilizados na busca de artigos.

Base de dados	Termos e operadores booleanos
SciELO	Grupo de Convivência (assunto) OR Grupos de Convivência (assunto) AND Saúde Mental (todos os índices)
BVS	Convivência (assunto) OR Grupos de Convivência (assunto) AND Saúde Mental (todos os índices)
LILACS	Grupo de Convivência OR Grupos de Convivência OR Convivência AND Saúde Mental (todos os índices)
CAPES	“Saúde Mental” AND “Grupos de Convivência” OR “Grupo de Convivência” OR “Convivência” (todos os índices)
Google Scholar	Grupo de Convivência OR Grupos de Convivência OR Convivência AND Saúde Mental AND Território (todos os índices)

Fonte: autoria própria.

CONTEXTUALIZANDO A HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LÓGICA ANTIMANICOMIAL

O Brasil protagonizou em 1850 a inauguração do primeiro hospício da América Latina, o Hospício Pedro II. À época, essa construção consolidava um marco do que se considerava pioneiro para o tratamento da loucura baseado nos moldes do que os alienistas europeus preconizavam como práticas indispensáveis: o tratamento moral de Phillipe Pinel e o isolamento terapêutico em um ambiente médico/hospitalar¹¹.

O serviço admitia pagantes (subdivididos em suas classes) e não pagantes (indigentes), logo vendo o seu número de indigentes crescer exponencialmente e criando uma verdadeira máquina de exclusão social pelo isolamento social proposto e divisão da convivência interna pelas suas loucuras. Gonçalves¹¹ (2013) aponta em sua pesquisa por meio de uma análise documental da época que embora pudesse notar um certo empenho da equipe médica em providenciar o que consideravam como um tratamento da vanguarda da ciência, começaram a notar um movimento das famílias, senhores de escravos e alas do governo em utilizar o Hospital como depósito de indesejáveis de forma permanente, dificultando os projetos de alta hospitalar e observando um caráter asilar que apenas 30% dos pacientes estavam internados a menos de um ano e 126 de 297 pacientes internados por um período de 4 anos ou mais (52%). Quando acrescido das internações com 1 ano ou mais, obtêm-se 78% do total do quadro de pacientes internados em completo isolamento social.

Oda e Dalgarrondo¹² (2004) observam que durante a segunda metade do século XIX o discurso médico sobre a necessidade de o tratamento operar em isolamento social começa a ser replicado pela classe política. Essa necessidade era justificada a partir das teorias sobre alienação mental possivelmente provirem das vicissitudes da urbanização e industrialização (relações consanguíneas, excessos, paixões, uso abusivo de bebidas alcoólicas, os conflitos cotidianos e outras “mazelas” ocorridas em um grande conglomerado de pessoas). Essa teoria de cunho racionalista pautada pelo *zeitgeist* iluminista vigente servia perfeitamente ao perfil político de caráter autoritário e hierárquico das elites coronelistas e escravagistas brasileiras por reforçar a tese sobre a degeneração moral que colocava o indivíduo abaixo do ideal de “liberdade política

do homem”, bem como os escravos. Em conjunto com as crescentes ideias de darwinismo social, o discurso ganha legitimidade científica para exclusão profilática de uma doença de causa inespecífica e de episteme conflituosa. Logo por não se conseguir isolar a causa da loucura: se isola a loucura.

A maneira de enxergar o mundo e suas relações por um viés iluminista acerca do que se consideravam os valores morais imateriais à condição humana, e, portanto, tudo o que se desvia disso era considerado como degeneração da espécie humana, sofre um grande abalo após a experiência dos horrores e lastro de destruição da Primeira e Segunda Guerra Mundial¹³, surgindo novos palcos de debates pela perspectiva de outros setores e atores da sociedade refletirem de maneira crítica sobre as consequências das teorias tão consolidadas e perpetuadas pela elite acerca do comportamento humano, sociedade e suas relações com o “mundo natural”.

O pós-guerra trouxe contribuições à mudança do paradigma psiquiátrico no Brasil como a comunidade terapêutica visionada por Maxwell Johnes, bem como a psiquiatria de setor na França e a psicoterapia institucional de François Tosqueles, que buscavam se definir pela saúde mental em contraposição a centralidade que se dava a doença mental, porém sem refutar a necessidade de existência dos manicômios¹⁴. A psiquiatria democrática, influente herança deixada por Franco Basaglia em 1960 na Itália e sua experiência em Trieste, definiu novos parâmetros norteadores para a construção de um projeto de sociedade livre dos manicômios.

A crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) em 1978 constitui um dos importantes movimentos e marcos responsáveis por engatilhar a Reforma Psiquiátrica no Brasil com a denúncia de situações degradantes no ambiente de trabalho, vínculos irregulares abusivos e lesivos nas relações de trabalho e direitos trabalhistas, presença de trabalho escravo, além das múltiplas e diversas formas de violências e agressões sofridas por trabalhadores e pacientes dentro das instituições asilares e serviços psiquiátricos¹⁵.

A década de 80 e 90 é considerada por Hirdes¹⁶ (2009) como um importante período marcado pela organização e realização de Conferências Nacionais de Saúde Mental ao longo do país, bem como importantes intervenções realizadas nos locais destinados ao tratamentos dos enfermos em saúde mental com

principal destaque a Casa de Saúde Anchieta em Santos em 1989 (fechada em 1996 com o encerramento das atividades de internação no antigo prédio), sendo pioneira na criação do Núcleo de Assistência Psicossocial (NAPS) preconizando a lógica de um serviço substitutivo e de caráter antimanicomial existente até hoje¹⁷, porém posteriormente tendo sua sigla alterada para Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A experiência em Santos demonstra a necessidade de não só deixar de operar numa lógica manicomial, mas sim atuar ativamente de forma antimanicomial, mesmo que para tal objetivo tenhamos que operar numa lógica contraditória e tornar-se uma instituição que nega a si mesma¹⁸ apesar da inevitável reinstitucionalização. De Alverga e Dimenstein¹⁹ (2006) evidenciam as tênues nuances e desafios dessa contradição ao apontarem que mesmo os serviços substitutivos tais quais estabelecidos pela Lei 10.2016/2001 podem “servir aos interesses de sobrevivência dos hospitais psiquiátricos”, apenas transpondo o manicômio de um lugar fisicamente fechado para um local espacialmente aberto que não exclui, mas que aprisiona o tratamento em sua lógica ainda manicomial.

Lancetti²⁰ (2006) comenta sua discordância com a mudança do termo Núcleo para Centro, conotando que o núcleo tem como propriedade constituinte algo que se expande enquanto o centro torna-se denso, rígido e inflexível. O autor ainda aponta que centralização das ações do CAPS em si mesmo e sua pouca inclinação para o território são um grande obstáculo a ser superado. Essa lógica acaba por reforçar que o paciente se adeque ao que é ofertado dentro de sua burocracia fechada ao invés de condizer com a complexidade aberta da subjetividade dos usuários do serviço.

VINCULAÇÃO TERRITORIAL E CLÍNICA PSICOSSOCIAL

A partir da discussão de Lancetti²¹ (2006) em sua obra sobre a pouca inclinação do CAPS para o território, faz-se necessário discutir as concepções desse termo em Saúde Mental e as implicações de como pensamos esse construto. Furtado et al.²² em sua revisão sistemática sobre o uso do termo território em artigos científicos identificaram três grandes conjuntos de definições: A primeira utiliza o termo como sinônimo de área de abrangência e prestação de serviços extra-hospitalares, focando em uma perspectiva

hospitalocêntrica de território, em que há a figura do hospital como administrador central de um território previamente estabelecido como sua área de influência/atuação. Aqui percebe-se a utilização do termo como delimitação espacial político-administrativa a fim de facilitar a gestão desse espaço pelos serviços de saúde, o que não contempla as complexidades e singularidades manifestas pelo contexto social, histórico, ambiental e social que produzem determinadas relações no processo de saúde-doença²³ e tampouco na compreensão da perspectiva do sofrimento-existência num corpo social que sofre a ação relações de poder de um determinado espaço em que a vida acontece²⁴.

O segundo sentido que Furtado et al.²² (2016) discute é sobre a utilização do conceito de território como uma gama de recursos terapêuticos descritos em um sentido amplo, ou seja, para além das dependências dos serviços de saúde, porém articuladas e costuradas redes de apoio tendo o profissional da saúde como mediador dessas transações e recursos territoriais como espaços terapêuticos de autonomia e emancipação.

Em sua terceira distinção, está o termo de território a partir do conceito de Território Existencial representando o domínio de construções simbólicas e de identidade, conectando significados dos seus processos de origens, subjetividades, interações sociais e geográficas, constituindo um ambiente dinâmico que está continuamente sujeito a alterações, desvios e reconfigurações de suas delimitações, pois constantemente se estabelece em interação orgânica e dinâmica com outros territórios^{22,25}.

É importante também destacar a relevância da obra de autores como Milton Santos teve para o debate sobre a geografia da saúde no Brasil, que através de suas discussões pôde introduzir a Epidemiologia maneiras de pensar o processo de saúde-doença para além de uma mera descrição reducionista de território como um espaço físico, mas propondo pensar os fenômenos a partir de suas relações sociais, de sua historicidade não biológica, ou seja, fatores econômicos, culturais, políticos e sociais no espaço geográfico²⁶.

A partir dessas noções de território que começaram a compor as definições de conceitos-chave na Saúde, é cabível dizer que há ferramentas desse arcabouço para combater a lógica manicomial, ao menos em uma de suas facetas, a partir do momento em que compreendemos território na saúde mental não

como uma mera definição de espaço físico ocupado por determinado corpo desprovido de historicidade e delimitado por uma área de influência político administrativa, mas para um conceito que seja capaz de abranger as relações de impressão de subjetividade humana nos locais reivindicados:

... é importante a compreensão das relações de poder, as relações com os recursos naturais, as relações de produção ou as ligações afetivas e de identidades entre um grupo social e seu espaço. Porém é também importante a compreensão de quem domina ou influencia e como domina e influencia esse espaço²⁷.

Assim torna-se importante pensar não tão somente na ocupação do território em si pelos usuários dos serviços de saúde mental, mas pela integração e transformação direta da influência de seus constituintes, vide as relações entre as cooperativas e os usuários de saúde mental em Trieste na Itália, destacando o trabalho daquelas cooperativas compostas por uma maioria de usuários da saúde mental e que se encontram imersas em diversos setores de produção e serviço da sociedade como parte integral daquele segmento social²⁸.

Dentro dessa perspectiva, gostaria de chamar atenção para o componente básico que circundam todas essas operações que povoam e ocupam o território: as relações sociais e suas trocas. De acordo com Ferro²⁹ (2015):

A subjetividade humana estrutura-se a partir da vivência em um mundo de trocas sociais. Cidadãos, na frequentação de diferentes espaços em contato com outros sujeitos, experienciam momentos e encontros constituintes de uma rede que suporta e dá corpo à sua subjetividade.

CONVIVÊNCIA E SAÚDE MENTAL

É preciso combater a lógica segregadora e alienante do manicômio através das trocas de subjetividades antes enclausuradas em grades e muros de concreto e atualmente, em burocracias e institucionalização. Nesse sentido, um ambiente que naturalmente permite essas trocas se dá pela convivência de seus agentes sociais com trocas ativas de experiências. Resende³⁰ (2015) defende a convivência como

um dispositivo essencial do cuidado, englobando as dimensões de sujeito, sofrimento e sociedade, desde que exercida de forma democrática visando garantir a integralidade do sujeito em seu processo de reinserção social e resgate da sua cidadania até então alienada de si. Para não cair vítima da instituição que queremos negar, torna-se de sumo importância ponderar sobre nossas ações e intenções para que não ocupem um viés autoritário que consolida uma prática institucionalizada³⁰, mas sim através de trocas horizontalizadas em suas relações de poder e construções conjuntas e potentes de sentido.

Justamente para que não caiamos numa lógica manicomial e as consequências reducionistas do sujeito que seguem desse pensar, é preciso indagar quando afirmamos a convivência como um “dispositivo de cuidado”. Para López³¹ (2011) em sua discussão sobre a Experiência e Dispositivo dentro da teoria foucaultiana de poder, o conceito de dispositivo é concebido como uma rede intrincada de elementos diversos que estão inseridos em um jogo de poder; englobando discursos, instituições, estruturas físicas, regulamentos, leis, medidas administrativas, afirmações científicas, proposições filosóficas e valores morais, tanto o que é explícito quanto o subentendido. Chignola³² (2014) comenta sobre uma possível origem da conceituação de dispositivo por Foucault a partir do emprego da noção de positividade para Hegel sendo essa a relação de comando e obediência que são exteriores ao indivíduo, mas que são internalizadas através de sentimentos e atitudes subsidiando a sua autopercepção e autoconsciência, o que veio ser argumentado posteriormente como processos de subjetivação a partir da “experiência de si” em meio aos dispositivos de poder³¹.

Sobre esse questionamento, Resende³⁰ propõe que em virtude de a convivência ser visto como um dispositivo da RAPS, preconizada pelo modelo da experiência italiana de desinstitucionalização, que passemos a pensá-lo por vias de um “contradispositivo”, ou seja, uma reação aos dispositivos manicomiais presentes na sociedade do controle de corpos perante a loucura, uma vez que um Manicômio também institui uma convivência (forçada, não terapêutica ou emancipatória). Nesse sentido, a convivência como um contradispositivo é a produção de processos de subjetivação que através da convivência subvertem a lógica dos dispositivos clássicos em oposição aos processos de dessubjetivação presentes na atual ló-

gica capitalista de controle de corpos e padronização de sujeitos. Dentro dessa proposta é que negamos a instituição que queremos negar.

Para além das discussões teórico-técnicas sobre a utilização do termo dispositivo ou contradispositivo para pensar a convivência no cuidado em saúde mental, Pacheco³³ (2021) aponta as contradições existentes na RAPS através da coexistência do modelo de atenção psicossocial com o modelo manicomial asilar, não apenas em termos de ótica de cuidado, mas também de estrutura física. A autora defende então pensar o fenômeno da convivência a partir dos espaços de convivência como tecnologias sociais leves, visando a superação das dificuldades nas relações com o outro através de um espaço vitalizante que permita trocas entre o que é comum aos usuários e dividido/compartilhado por suas experiências comuns, o que foge a uma lógica prescrição em saúde que não leva em conta subjetividade, autonomia e produção de vida daquele que é sujeito.

Ferro²⁹ (2015) discute que o manicômio desconstrói os sujeitos os destituindo de sua identidade (preferências, memórias, gostos, locais que frequenta, pessoas com quem convive, desejos, afetos) para que possam “funcionar” de acordo com o regime de submissão à instituição, limitando as suas trocas sociais e subjugando-o de sua existência. Relações institucionalizadas apenas permitem os indivíduos operarem em uma condição de submissão e controle aquém de suas subjetividades para que se adequem à dinâmica de funcionamento dos serviços substitutivos que operam em lógica manicomial ou do próprio manicômio em si³⁰ (RESENDE; 2015). Estar sobre estas condições de falta de autonomia nas relações não é convivência, mas uma submissão imposta contra a vontade do sujeito o que não configura uma relação terapêutica.

A convivência é a criação de um ambiente de interação e autonomia que permita estar com o outro a partir da tolerância, respeito e até mesmo do estado de apreciação das diferenças em contraposição ao tratamento igualitário indiscriminado que não considera a equalização justa das diferenças, é o movimento de transitar e entrar em contato com diferentes espaços, provendo a possibilidade de interação com outros sujeitos que experienciam e trocam momentos e vivências formando uma rede de conexões servindo como apoio que sustenta e dá forma ao sujeito^{29,30,33}.

Quando Souza e Pedon²⁷ (2007) discutem a ideia de que o território perpassa uma mera questão geográfica, abrangendo as relações de produção, ligações afetivas e identidades entre o grupo e seu espaço, eles falam sobre o que Pacheco³³ (2021) aponta em sua obra narrando as experiências da criação de um espaço de convivência e trocas partindo do pressuposto do que era comum a todos: o local de tratamento do CAPS e o expande para o centro da cidade através de passeios e visitas a fim de (re)apropriar o que lhes foi segregado no processo de exclusão da loucura da cidade³⁴, restando apenas o isolamento em suas casas e/ou nas periferias da cidade.

A normatização dos meios de comunicação e a medicalização da vida cria rótulos diagnósticos instituídos através das instâncias do biopoder³⁴ que classificam indivíduos como incapazes de socializar em termos como “embotamento afetivo” e as representações sociais da loucura que conotam uma “incapacidade” do indivíduo de expressar emoções, sentimentos, afetos³³ e, portanto, não realiza trocas com o mundo externo por estar “isolado” em sua própria psique, porém a questão é em que moeda especificamente estamos querendo fazer essas trocas?

Milton Santos entende a concepção de território como um espaço cujo processo é qualificado pelo sujeito como produto das relações que se estabelecem dentro daquele contexto²⁶. Dentro dessa ótica, é importante questionar não a loucura em si, mas analisar as condições de ocorrência, produção da loucura, e o seu respectivo “tratamento”, como fruto das relações sociais e trocas²⁹ daquele contexto e da dinâmica social complexa que produz a exclusão do que é diferente/improdutivo como força de trabalho e o desautoriza como ser.

Se a tentativa de comprar algo em um país com uma moeda estrangeira resulta numa negativa da transação, precisando converter a moeda para tal, por que resolvemos insistir nessas operações comunicativas e classificá-las como inoperantes? Se no mundo do capital dinheiro é dinheiro em qualquer lugar do mundo bastando realizar a troca equivalente pelo câmbio daquele local, então expressões de vida e afeto são expressões de vida e afeto bastando o cuidado crítico e horizontalizado das relações para compreender a singularidade daquele sujeito e lhe permitir se expressar em um meio que o signifique em resistência à rotulação, segregação e exclusão.

É nessa perspectiva que a convivência em saúde mental serve como uma reação a essa ótica excludente produtora da loucura. Se o dispositivo de poder (que aciona, desencadeia uma ação)³¹ é a exclusão social, o contradispositivo³⁰ seria a antítese da ação disparada pelo dispositivo: a inclusão social, a desinstitucionalização, das trocas, da autonomia, da subjetivação, da não padronização da vida e a não monetização do valor humano^{30,33}.

CONCLUSÃO

A convivência pode apresentar-se como um importante recurso para promoção de saúde mental aos usuários, desde que esteja atento para um olhar horizontal e não institucionalizado nas relações sociais, uma vez que nem toda convivência é terapêutica por si só. Aspectos como as singularidades do sujeito devem ser consideradas nas suas relações de trocas com o mundo e que essas relações ultrapassam uma mera definição geográfica administrativa do usuário da RAPS, mas que diz respeito aos locais em que ocorrem suas experiências e vivências no mundo, marcadas por uma afetividade que caracteriza e significa a história daquele sujeito.

Subverter a lógica asséptica manicomial e as contradições existentes na RAPS requer um trabalho de ocupação efetiva e (re)apropriação dos espaços que lhes fazem parte os constitui como integrantes da cidade, o que incide em ultrapassar as barreiras da instituição e voltar suas ações para os territórios extra-muros. A história da loucura no Brasil coloca o lugar da loucura e do que é indesejável nos males do isolamento: longe das cidades e da sociedade, longe do cotidiano comum, longe da convivência e dos aspectos que o compõem como pessoa. Com/viver é um atributo inerente a condição humana que se integra a partir da relação com o outro, portanto é um dever político da saúde mental a luta pela garantia dessas relações e espaços de trocas horizontais como constituintes do Ser.

O objetivo de uma revisão narrativa é discutir o estado da arte sobre determinada área do conhecimento de forma ampla a fim de responder questões de natureza qualitativa, provocar reflexões, promover discussões, o que não significa esgotar as possibilidades de desenvolvimento do assunto, porém as revisões sistemáticas não possuem metodologia passível de reprodução dos

dados, sendo necessário outras abordagens sobre o assunto como pesquisas de campo a fim de explorar o desenvolvimento e a aplicação desses conceitos alinhados com a Reforma Psiquiátrica nas tecnologias leves de cuidado para usuários da RAPS.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos que não há conflito de interesses neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo – OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. www.paho.org. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=2%20de%20mar%C3%A7o%20de%202022>
2. Nardi AE, Neto AG de AA, Abdo C, Souza FG de M e, Rohde LA. O impacto da pandemia na saúde mental. In: Guia de Saúde Mental Pós-Pandemia no Brasil. 2020. p. 14-20.
3. Meirelles TV da S, Teixeira MB. Fatores estressores e protetores da pandemia da Covid-19 na saúde mental da população mundial: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*. 2021 Dec;45(2):156-70.
4. Nabuco G, de Oliveira MHPP, Afonso MPD. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2020 Sep 18;15(42):1-11. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2532](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2532)
5. Brasil. Cadernos de Atenção Básica, nº34: Saúde Mental. Vol. 34. Brasília – DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; 2013. 1-173 p.
6. Borges RF, Luzio CA. Pesquisa qualitativa em saúde mental: alguns apontamentos R. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2010;9(1):14-23.
7. Paulilo MAS. A Pesquisa Qualitativa e a história de vida. *Serviços Social em Revista*. 1999;2(1):135-48.
8. Teixeira IAC, Pádua KC. Virtualidades e alcances da entrevista Narrativa. In: Anais do II Congresso Internacional de Pesquisa (Auto) Biográfica. 2006. p. 1-23.
9. Bauer MW, Gaskell G. Capítulo 4: Entrevista Narrativa. In: *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático*. 7th ed. 2008. p. 90-113.
10. Brizola J, Fantin N. Revisão da Literatura e Revisão Sistemática da Literatura. *RELVA*. 2016;3(2):23-39. Disponível em: <https://doi.org/10.30681/relva.v3i2.1738>
11. Gonçalves M de S. Os primórdios da Psiquiatria no Brasil; o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850 a 1880). *Revista Brasileira de História e Ciência*. 2013;6(1):60-77. Disponível em: <https://doi.org/10.53727/rbhc.v6i1.245>
12. Oda AMGR, Dalgarrondo P. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* ano VII. 2004;1:128-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001012>
13. Oliveira DI, Alencar FC, Reis LC, Viana MFB, de Oliveira ARC. Reforma Psiquiátrica Brasileira e suas Influências Europeias e Norte Americanas. *Revista AMAZônica*. 2020;XXV(2):333-54.

14. Yasui S. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. *História, Ciências, Saúde*. 2011;18(2):585-9. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000200016>
15. Amarante P. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 1995.
16. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil - uma (re) visão. *Cien Saude Colet*. 2009;14(1):297-305. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>
17. Lüchmann LHH, Rodrigues J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007;12(2):399-407. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200016>
18. Amarante P. Uma Aventura no Manicômio: A trajetória de Franco Basaglia. *Manguinhos*. 1994;1(1):61-3. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0104-59701994000100006>
19. de Alverga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2006;10(20):299-316. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>
20. Lancetti A. Conversa com Domiciano Siqueira sobre redução de danos. In: *Clínica Peripatética*. 2006. p. 53-76.
21. Lancetti A. Fontes da Clínica Peripatética; Caps: Burocracia e Turbinação. In: *Clínica Peripatética*. 2006. p. 19-52.
22. Furtado JP, Oda WY, da Costa Borysow I, Kapp S. A concepção de território na Saúde Mental. *Cad Saude Publica*. 2016;32(9). Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>
23. Monken M, Barcellos C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: *O Território e o Processo de Saúde-Doença*. 2007. p. 177-224.
24. da Silva AB, de Pinho LB. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. *Revista Enfermagem*. 2015 May 1;23(3):420-4. Disponível em:
<https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.10091>
25. Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção básica e a rua. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. 2014;18(1):919-30. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0210>
26. de Faria RM, Bortolozzi A. Espaço, Território e Saúde: Contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. *Revista RA'EGA – O Espaço Geográfico em Análise*. 2009;(17):31-41. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.5380/raega.v17i0.11995>
27. Souza EA, Pedon NR. Território e Identidade. *Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros – Seção Três Lagoas*. 2007;1(6):126-48.
28. Pieretti AC de S, Vieira VB. O que podemos aprender com a reforma psiquiátrica italiana? Observações de uma residente brasileira em Trieste. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2022;14(40):30-52.

29. Ferro LF. Grupo de convivência em saúde mental: intersectorialidade e trabalho em rede. Caderno de Terapia Ocupacional UFSCar. 2015;23(3):485-98. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0558>
30. Resende T de IM. Eis me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental [Doutorado]. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2015.
31. López MV. O Conceito de Experiência em Michel Foucault. Revista Reflexão e Ação, Santa Cruz do Sul. 2011;19(2):42-55. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/rea.v19i2.2367>
32. Chignola S. Sobre o dispositivo: Foucault, Agamben, Deleuze. Caderno IHU Ideias. 2014;12(214):5-20.
33. Pacheco JG. Arte e Convivência: uma Experiência de Construção do Cuidado em um Serviço de Saúde Mental. In: Psicologia & Cultura: Teoria, Pesquisa e Prática Profissional. São Paulo; 2021. p. 351-88.
34. Paladino L, Amarante PD de C. A dimensão espacial e o lugar da loucura: por uma cidade aberta. Ciencia e Saude Coletiva. 2022;27(1):7-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19852021>

