

# PRODUZIR SAÚDE NA PRODUÇÃO DO MUNDO

Ricardo Rodrigues Teixeira<sup>1</sup>

---

## RESUMO

O presente ensaio discute um possível conceito de *produção de saúde*, partindo do duplo combate dos reducionismos medicalizantes e economicistas que cercam esta noção. Sustenta-se, por um lado, num conceito ampliado de saúde, rastreando suas origens político-científicas no pensamento médico-social europeu e suas expressões mais atuais nas formulações da Saúde Coletiva brasileira; e, por outro, numa leitura do trabalho contemporâneo enquanto atividade de produção de si e do mundo. Esse conceito composto de produção de saúde ganha especial nitidez nos territórios híbridos que se constituem nas fronteiras da saúde, da arte e da cultura. Examina-se em maior profundidade o que poderia ser chamado de “trabalho da arte na saúde”, rastreando as diferentes abordagens neste campo, as tendências internacionais e a rica e arrojada experiência brasileira, na qual se revela a potência de um conceito de produção de saúde indissociável da produção de um mundo comum.

**Palavras-chave:** Produção de Saúde. Conceito Ampliado de Saúde. Trabalho Contemporâneo. Arte. Cultura.

## ABSTRACT

The present essay discusses a possible concept of health production, starting from the double combat against the medicalizing and economist reductionisms that surround this notion. It is supported, on the one hand, by an expanded concept of health, tracing its political-scientific origins in European medical-social thought and its most current expressions in the formulations of Brazilian Collective Health; and, on the other hand, in a understanding of contemporary work as an activity for producing itself and the world. This composed concept of health production gains special sharpness in the hybrid territories that constitute in the borders of health, art and culture. It is examined in greater depth the so called “labor of artwork in health,” tracking different approaches in this field, international trends and the rich and bold Brazilian experience, in which is revealed the power of a concept of health production inseparable from the production of a common world.

---

1 Médico sanitário, professor doutor do departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: ricarte@usp.br.

**Keywords:** Health Production. Expanded Health Concept. Contemporary Work. Art. Culture.

## SAÚDE

*Mesmo que ainda possa prevalecer uma visão reducionista de saúde, que insista em restringi-la a simples antônimo de doença e fenômeno restrito às dimensões orgânicas e biológicas, o fato é que a própria constituição histórica do campo da saúde se deu *pari passu* o processo pelo qual o conceito de saúde foi se fazendo cada vez mais amplo. Essa ampliação possui sua mais clara expressão na evolução dos conhecimentos e consensos a respeito do que determina nosso estado de saúde, bem sintetizada no processo político e científico pelo qual se passou a reconhecer a *determinação social do processo saúde-doença-cuidado*. Essa conquista epistemológica foi bastante importante na redefinição do campo de abrangência do debate sobre a saúde e sobre os meios para sua conservação e recuperação, contribuindo para a construção de um conceito de *saúde integral* que, em última instância, inclui a própria noção de *bem-estar* (biopsicossocial) e *qualidade de vida*. Evidentemente, é nesse território ampliado da saúde que se situa o presente ensaio, e é a partir dele que começaremos a nos *deslocar*...*

Territórios ampliados implicam fronteiras ampliadas com outros territórios. Neste ensaio, darei especial atenção às fronteiras abertas pela saúde com os territórios da *arte* e da *cultura*. A ampliação da superfície de contato entre estes mundos distintos, entre outros efeitos, intensifica o comércio de ideias, conceitos, linguagens, ferramentas e objetos, que passam a transitar através de suas fronteiras e a constituir uma espécie de mundo híbrido comum, vasto e singular o bastante para se constituir, em si, num território. Há, de fato, nessa fronteira, um território próprio, que se constitui na medida em que determinados problemas se colocam para os campos da saúde, da arte e da cultura de maneira inextricáveis ou, ainda, na medida em que se amplia a percepção e o entendimento de que *os principais fenômenos vitais de importância para a saúde humana no mundo contemporâneo estão profundamente implicados em processos de comunicação e cultura* e demandam, para o seu manejo, “ferramentas culturais”.

Esse aspecto é não apenas evidente, mas o traço distintivo das concepções e das práticas de saúde que se consolidaram nas sociedades ocidentais e em boa parte do mundo globalizado, ao longo do século XX. Basta mencionar o quanto o território da saúde vem sendo marcado, no último século, pela importância crescente das chamadas doenças ligadas ao “estilo de vida”, o quanto sua problemática central passou a ser a da “mudança de comportamento”, o que demanda, fundamentalmente, uma ampla mobilização de “ferramentas culturais” – para utilizarmos uma expressão

que nomeie, de modo bem genérico, um conjunto de tecnologias e estratégias que têm em comum a singular natureza de seus produtos: imagens, informações, ideias, conhecimentos, emoções, linguajar, conversações, relações, formas de relação, formas de vida, comportamentos, práticas de si, subjetividades, práticas culturais, cultura.

## PRODUÇÃO

*Mesmo que ainda possa prevalecer uma visão reducionista de produção*, que insista em restringi-la à análise econométrica (o que, na área da saúde, reduz o problema a uma dada gama de bens e serviços mercantilizáveis), o fato é que o mundo da produção também passou por profundas transformações ao longo do último século, de tal forma que o trabalho contemporâneo se faz, cada vez mais, atividade carregada de interação linguística, de *ethos*, de cultura. Essas transformações no trabalho se deram no sentido de este se caracterizar, cada vez mais, como *atividade ontocriativa humana*, atividade pela qual homens e mulheres participam imediatamente da produção de si e do mundo. O que contribui para que boa parte do trabalho contemporâneo se assemelhe, sob muitos aspectos, ao trabalho do artista (VIRNO, 2013).

Será a partir dessa aproximação com o mundo do trabalho contemporâneo que arriscarei outras possibilidades de se pensar a *produção de saúde*, explorando os conhecimentos e práticas que povoam esse território híbrido que se constitui nas fronteiras entre a saúde, a arte e a cultura, e que se oferecem como um privilegiado território de ação e conhecimento, de experimentação e pesquisa.

## SAÚDE E VIDA

Entendo que o fulcro de toda essa discussão seja a relação saúde/vida.

A amplitude do conceito de *saúde* acompanha de perto a amplitude do conceito de *vida*. Quando esta designa apenas os fenômenos que se fazem objeto de conhecimento da biologia, temos, tipicamente, a visão reduzida e reducionista da saúde característica do modelo biomédico. Nesse modelo, o conhecimento biológico sobre o corpo humano normal seria o único horizonte normativo legítimo para que alguém possa ser dito saudável.

Mas sabemos que essa é apenas uma das possibilidades de se pensar a vida, apenas uma das possibilidades de se relacionar saúde e vida. Mesmo quando lidamos com a noção de vida “objetivada” nos processos biológicos, não conseguimos deixar de mobilizar categorias que nada têm de objetivas, como, por exemplo, a ideia de “normal”. Se é possível conhecer em

minúcias o funcionamento do corpo humano dito normal, não há, entretanto, nada de objetivo no conhecimento desse corpo que informe sua condição de normal. Ou, dito de outra forma, se a medicina pode conhecer as doenças que afastam o corpo humano da sua “normalidade”, isto é, se ela pode conhecer sua patologia, não há nada de objetivo nesse conhecimento que informe sua condição de patológico. Sintetizo essa ideia com uma rápida citação do autor a quem devemos essas reflexões, o filósofo Georges Canguilhem (2009):

... a vida é essa atividade polarizada de conflito com o meio, e que se sente ou não normal, conforme se sinta ou não em posição normativa. O médico optou pela vida. A ciência lhe é útil no cumprimento dos deveres decorrentes dessa escolha. O apelo ao médico parte do doente. É o eco desse apelo patético que qualifica de patológicas as ciências que a técnica médica utiliza em socorro da vida. Por isso que há anatomia patológica, fisiologia patológica, histologia patológica, embriologia patológica. Sua qualidade de patológica, porém, é uma noção de origem técnica e, por isso, de origem subjetiva. Não há patologia objetiva. Podem-se descrever objetivamente estruturas ou comportamentos, mas não se podem chamá-los de “patológicos” com base em nenhum critério puramente objetivo. Objetivamente, só se podem definir variedades ou diferenças, sem valor vital positivo ou negativo (p. 91).

O que se ressalta nesse pensamento, que adverte que o patológico é uma categoria de origem técnica e subjetiva, é essa ideia de vida enquanto “atividade polarizada de conflito com o meio”. Isto é, a ideia de que tudo que é vivo não é indiferente ao meio em que vive, que pode lhe ser menos ou mais “infel”. Tudo que é vivo não é indiferente às condições postas para a sua existência. Saúde-doença são, antes de mais nada, *valores vitais* que expressam (enquanto afecções/afetos de um corpo vivo) essa dinâmica polarizada da vida. São *valores-afetos* que indicam se o corpo experimenta, na relação com o mundo, aumento ou diminuição da potência de vida (TEIXEIRA, 2015).

Temos, então, que a saúde é um valor, e um valor posto pela vida. Enquanto valor vital positivo, ela denota que toda forma de vida experimenta afetos aumentativos da potência quando se encontra em “posição normativa”, isto é, quando é capaz de *produzir o meio* como as “condições” (ou “relações”) mais ótimas possíveis para a realização daquela forma de vida. Daí que se possa afirmar que há uma relação intrínseca entre produzir saúde e produzir mundo. E sendo esse mundo *produzido* – resultado da atividade ontocriativa humana –, temos, então, a possibilidade de diferentes mundos, diferentes normatividades, diferentes saúdes...

## Vida e condições de vida: crítica da noção de qualidade de vida

Como acabamos de ver, ainda que não se possa saber o que é “normal”, nem “saudável”, nem “patológico” fora desse campo valorativo vital, é inteiramente possível fazer com que esses estados passem a corresponder apenas ao que é passível de verificação objetiva nos corpos individuais. Uma das consequências mais evidentes dessa redução ao verificável no corpo orgânico é que ela põe para funcionar uma noção de saúde-doença que abstrai completamente o problema das “condições de vida”. Na verdade, essa abstração não é apenas um corolário dessa perspectiva biomédica sobre a vida, mas um princípio da produção de conhecimento nesse campo, em que se busca uma espécie de controle quase laboratorial das “condições” sob as quais esse corpo deve ser conhecido. Por isso, o hospital acabou se constituindo no espaço ideal para se estudar o corpo doente, justamente porque o retira da infinita variabilidade de suas condições de existência. A medicina científica moderna funda-se exatamente nessa possibilidade de se conhecer a doença “isolada” das condições de vida do doente (FOUCAULT, 2013).

Contudo, ao lado desse tipo de desenvolvimento do conhecimento científico sobre as doenças, desenvolveu-se igualmente, pelo menos desde o início do século XIX, um pensamento médico-social que buscava justamente conhecer a relação entre as doenças e as condições de vida e que concebia a medicina como ciência social e prática política. É desse tipo de pensamento que se derivará um discurso sobre a relação entre saúde e *qualidade de vida*, que é constitutivo da Medicina Social, em particular, da latino-americana, o que inclui a Saúde Coletiva brasileira.

Ainda que na maior parte dos estudos clássicos, a expressão de referência não seja “qualidade de vida”, mas “condições de vida” (também integrando essa mesma constelação problemática expressões como “situação de vida” e “estilo de vida”), sem dúvida, há um vínculo direto entre as “condições de vida” dos clássicos da Medicina Social e a discussão sobre “qualidade de vida” que ganha vigor nas últimas décadas do século passado e tem no conceito de *promoção da saúde* sua estratégia central. Este conceito é inteiramente tributário das concepções médico-sociais que relacionam a saúde às condições de vida e, em sua proposição inicial pelo pensamento sanitarista canadense, no conhecido relatório Lalonde (1981 [1974]), afirmava que são “determinantes da saúde: 1) o estilo de vida; 2) os avanços da biologia humana; 3) o ambiente físico e social e 4) os serviços de saúde” (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 9).

Desde então, o conceito de promoção da saúde vem amalgamando as principais tentativas de se produzir um campo de práticas e conhecimentos sobre a saúde enquanto uma noção “positiva”, sem referência à doença.

Saúde não apenas como ausência de doença, mas como *qualidade de vida* e *bem-estar*. A importância dessas noções faz com que acabem penetrando a própria prática médica, cujos padrões de excelência atual devem incluir, para além da perícia diagnóstica e terapêutica, a preocupação com a qualidade de vida dos doentes. Mas é, de fato, no terreno da Medicina Social e da Saúde Coletiva que a noção de qualidade de vida adquirirá o sentido que nos interessa aqui, que é o *daquele mínimo de condições de vida para que se possa desenvolver ao máximo as potencialidades humanas* (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 9).

Não é uma noção simples e possui vários aspectos problemáticos. Por um lado, há a preocupação em mensurá-la. Por outro, é uma ideia marcada pelo relativismo cultural. Contudo, mesmo que se considere todos os elementos de subjetividade e incorporação cultural que impregnam essa noção, admite-se que existem alguns parâmetros materiais universais de qualidade de vida, um “patamar material mínimo e universal” relacionado à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, água potável, habitação, trabalho, educação, saúde, lazer etc. É a partir desses elementos que a qualidade de vida se torna passível de mensuração e comparação – a despeito da permanente necessidade de relativizá-la culturalmente no tempo e no espaço.

Talvez o exemplo mais popular de um indicador quantitativo de qualidade de vida seja o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). É um indicador que pressupõe que renda, saúde e educação sejam os três elementos fundamentais para a qualidade de vida de uma população. Vale notar que, de um modo geral, os “índices de qualidade de vida” surgem no contexto do debate político sobre *desenvolvimento*, como uma tentativa de deslocar essa discussão dos aspectos exclusivamente econômicos (produto interno bruto, níveis de emprego, níveis de renda etc.).

Há muitos outros índices de qualidade de vida além do IDH, combinando outros elementos para a sua medida. É importante notar que, independente de quais forem os elementos que entrem na composição desses índices, todos eles possuem um poder normativo evidente, já que a qualidade de vida se mede por referência ao grau de realização de um dado *modo de vida*. De uma forma geral, composto por: segurança, conforto, bem-estar, acesso a determinados bens de consumo, em especial, os que reduzam o trabalho manual, o aumento do consumo de bens imateriais (como arte e cultura) e de algumas outras “comodidades”.

Assim, ainda que os índices de qualidade de vida busquem “dar alma”, isto é, atribuir valores humanos às concepções econômicas sobre o desenvolvimento, eles também acabam contribuindo para manter a discussão sobre



qualidade de vida presa a uma racionalidade estritamente econômica. No fundo, os “índices de desenvolvimento humano” contradizem a essência daquilo que pretendem medir, se entendemos que “*desenvolvimento* é um processo mais amplo que o mero aumento da promoção, melhoria de produção e de índices” (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 11). É a “dimensão anímica do processo econômico” e diferencia-se de crescimento, pois

Um país pode crescer ou deixar de crescer. Mas uma nação desenvolvida nunca pode deixar de sê-lo, porque o desenvolvimento se incorpora às estruturas, às instituições e às mentalidades. E não se desencarna. Da mesma forma, o campo semântico da qualidade de vida na tradição ocidental, além da ideia de desenvolvimento, transita pela crença na democracia. Quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida, do grau de bem-estar da sociedade e da equidade ao acesso aos bens materiais e culturais. Manifesta-se de forma palpável na dimensão de convivência entre as pessoas, reveladora de urbanidade e respeito mútuo. Nesse sentido, a força espiritual da democracia é um fator de resistência à redução de todas as esferas da vida, ao fato econômico (ibidem).

A “força espiritual da democracia”, a “urbanidade e o respeito mútuo” não podem ser medidos. Definem um *ethos*, um *modo de vida*. Que coexiste (em maior ou menor harmonia) com o modo de vida que realizaria o modelo de bem-estar dos economistas, aquele que corresponderia aos mais altos índices de qualidade de vida, segundo determinadas métricas de “segurança, conforto, bem-estar e acesso a determinados bens de consumo”. Uma abordagem que não foi substantivamente alterada nem quando, a partir dos anos 1970, os movimentos ambientalistas começaram a questionar os “modelos de bem-estar predatórios”. Trata-se sempre do mesmo modelo, em que a noção de *qualidade de vida* corresponde, de fato, à realização de *um dado modo de vida*, um modo que se prefigura nas “quantidades” que importam ser medidas para avaliar essa “qualidade”, as quais indicam, em última instância, um conjunto de valores atribuídos aos corpos e à vida, claramente emanado de uma racionalidade econômica. Esse aspecto é especialmente visível quando examinamos os índices de qualidade de vida específicos da saúde, isto é, que medem especificamente a qualidade de vida relacionada à saúde (como QALY, DALY ou HeaLY<sup>2</sup>). Estes índices quase sempre se resumem a questões médicas e procuram medir o “valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial” (ibidem, p. 12). São abordagens extremamente sofisticadas do ponto

---

2 QALY (Quality-Adjusted Life-Years), DALY (Disability-Adjusted Life-Years) e HeaLY (Healthy Life-Year).

de vista estatístico, mas que acabam contribuindo para que as discussões sobre qualidade de vida e saúde sejam excessivamente pautadas por concepções medicalizadas e economicistas.

Mas essa é apenas uma das possibilidades, um dos modos possíveis de se tratar o problema das *relações entre qualidade de vida e saúde*, discussão cuja importância maior é manter colocado o problema da indissociabilidade entre a vida e as condições em que ela se dá, em que ela se desenvolve como uma vida, no caso, uma vida humana.

Desse modo, pode-se dizer que a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 16).

Temos, em síntese, que o problema da qualidade de vida é importante por sustentar uma problemática que entrelaça a vida e as condições em que ela se dá e por gerar um campo de debate sobre que tipo de vida nos colocamos como “norma”. Há, entretanto, outros modos mais interessantes de se formular esses mesmos problemas e, mais geralmente, o problema da relação entre a vida e o “meio” no qual ela se dá. Assim, dando mais um passo na direção desses outros problemas, examinemos em maior detalhe como se situam, no contexto dessas discussões sobre qualidade de vida e saúde integral, as ações envolvendo práticas artísticas e culturais.

## Arte e saúde

As mesmas agendas transversais, baseadas na ideia de desenvolvimento humano que impulsionaram a preocupação com a qualidade de vida, também foram decisivas para impulsionar “o campo da arte e a saúde”. Em especial, as agendas mais preocupadas com “a *coesão comunitária*, a *inclusão social* e o *desenvolvimento sustentável*” (WALD, 2015, p. 1.052). Em sua análise do campo, Wald identifica que,

Em termos teóricos, o campo da arte e a saúde é herdeiro do conceito positivo e integral de saúde – entendido não como ausência de doença, mas como um processo de bem-estar coletivo influenciado por fatores econômicos, psicossociais, culturais e ambientais. Da mesma forma, influíram as teorias do capital social, que sugeriam que a participação em projetos locais poderia melhorar a comunicação e as relações comunitárias, incrementando, ao mesmo tempo, a sensação de bem-estar e autoestima (ibidem).



Seguindo a mesma tendência observada nos estudos sobre qualidade de vida, aqui também tendem a se impor as abordagens quantitativas, as tentativas de se medir os benefícios da arte para a saúde.

Dada a prevalência dentro do setor saúde da investigação quantitativa, e a dificuldade existente no mesmo para incorporar ou ao menos dialogar com paradigmas de investigação interpretativos, os estudos em *arte e saúde* centraram-se em demonstrar os benefícios da arte na melhora da vida das pessoas a partir da definição de *indicadores intermediários de saúde individual e colectiva*. Isto é, aplicaram indicadores “leves” dentro de um modelo de abordagem inspirado nas ciências duras (WALD, 2015, pp. 1.053-4).

Em suma, busca-se medir os benefícios da arte para a saúde através de “indicadores intermediários”, tais como: autoestima, autoconfiança, sensação de bem-estar e pertencimento, redução do estresse, motivação, capacidade de negociação e solução de conflitos, relações de confiança, potência de ação coletiva, habilidades de organização coletiva, combate de iniquidades em saúde, valorização de grupos marginalizados, ampliação de direitos, de redes sociais e vínculos comunitários, entre outros (MACNAUGHTON; WHITE; STACY, 2005). Essa intenção de medir e quantificar denuncia, invariavelmente, uma preocupação de cunho econômico que acaba por reconduzir o problema da saúde a perspectivas reducionistas. Notemos que, ao medir os benefícios da arte para a saúde através do que seriam “indicadores intermediários”, se pressupõe que eles “indicam” alguma coisa que é diferente da saúde. Os “valores” medidos por esses indicadores não integram, de fato, um “conceito positivo e integral de saúde”; admite-se apenas que sejam “intermediários” (a maior parte das vezes, mais por vínculo lógico do que por demonstração empírica) no favorecimento de uma saúde cujo conceito só pode ser concebido como mais restrito (perfil de doenças, perfil de uso de serviços de saúde e seus impactos econômicos e sociais).

São poucos os estudos que, nas últimas décadas, procuraram avançar no sentido de questionar a validade de tais métodos de avaliação (ibidem). Uma extensa revisão da avaliação de atividades de *art for health* no Reino Unido (ANGUS, 2002), realizada a pedido do seu National Health System (NHS), concluiu que essas atividades não deveriam ser avaliadas segundo modelos médicos de saúde e bem-estar, porque o que elas buscam fazer é bem diferente do que faz a medicina. São e devem ser outros os efeitos intencionados por essas atividades de “arte para a saúde”, mas, para que possam ser avaliados, o autor da revisão recomenda que os projetos deixem claros que efeitos são estes. É em relação a estes efeitos que a efetividade dessas atividades deverá ser demonstrada:

O pessoal do governo, o NHS e as organizações de fomento das artes que requerem as evidências, frequentemente, parecem esperar efeitos na saúde individual ou “benefícios para saúde” num sentido médico convencional. Contudo, os relatórios revisados indicam que estes podem não ser os efeitos visados pelos projetos de arte para a saúde. Não se deve supor pelo fato desse trabalho ser conduzido no contexto da saúde que ele tenha necessariamente o objetivo de melhorar diretamente a saúde individual. Essa prática pode não estar buscando melhorar diretamente a saúde, mas está lidando com aspectos da saúde e do bem-estar, com os quais a medicina não lida, e que ainda não tinham sido enfatizados (ANGUS, 2002, p. 13).

Fica claro, nesse caso, que os efeitos dessas atividades estão relacionados não apenas a uma concepção ampla de saúde e bem-estar, mas que eles são fundamentalmente coletivos e sociais: “elas têm mais em comum com a saúde pública e a promoção da saúde do que com a medicina” (ibidem, p. 14). Nas avaliações revisadas, uma grande proporção delas relata efeitos de

participação, de criação de comunidade, comunicação, conversação e escuta, frequentemente tomadas como fins ou objetivos em si. Parece haver uma ampla assunção de que atividade social e inclusão em redes sociais são importantes para a saúde, ainda que não fique claro se haveria qualquer justificativa ou evidência para essa assunção (ibidem, p. 7).

Nesse sentido, o autor da revisão, como muitos outros nesse campo, também recomenda o uso do conceito de *capital social*, argumentando que vários dos objetivos das atividades de “arte para saúde” contribuem para “a construção de capital social, e isso levaria a uma saúde individual aumentada”. É bem verdade que, pela via desse conceito econômico, o autor acaba refazendo uma mediação com a saúde individual que ele recomendava que fosse abandonada na avaliação dos efeitos das práticas artísticas na saúde, mas, mesmo assim, seu estudo permanece de grande importância por valorizar essas práticas sob outra perspectiva, bem mais ampla. Importante pela extensão da base empírica analisada (mais de sessenta projetos de arte para a saúde de todo o Reino Unido), por ter sido solicitado pelo NHS (preocupado em avaliar a efetividade dessas atividades para justificar o financiamento) e por trazer uma perspectiva crítica e aberta para o campo dos estudos de arte e saúde. Mais que uma revisão das avaliações desses projetos, oferece uma reflexão crítica sobre os reais objetivos e efeitos visados pelas ações de “arte para a saúde”, concluindo que, sejam quais forem, eles não se confundem com aqueles postos pelo modelo biomédico de saúde e bem-estar. Para Angus, entre os objetivos que devem ser valorizados nos projetos de arte e saúde, inclui-se, por exemplo, o de desempenharem certa função exploratória e prospectiva, experimental e inventiva, como

Projetos [que] frequentemente parecem estar tentando revelar e explorar questões em torno da saúde e do bem-estar que têm sido ignoradas. Atividades de arte para a saúde podem desviar e expandir as compreensões culturais e institucionais de “saúde” e delinear aspectos da saúde que não haviam sido pensados como importantes (ANGUS, 2002, p. 14).

Realizado há quase vinte anos, esse estudo britânico sintetiza bem as grandes questões ainda postas na literatura internacional sobre arte e saúde. É possível identificar algumas inovações teórico-práticas de interesse nesse campo nas últimas décadas (KILROY et al., 2007; LIKANEN, 2010), mas sempre se mantendo a característica de vinculação dos projetos a uma perspectiva de saúde integral, desenvolvimento humano e qualidade de vida, com especial ênfase nos aspectos de coesão comunitária (o que explica a significativa presença da teoria do capital social nesse campo), mas também, crescentemente, com ênfase numa visão que valoriza na arte sua potência de “desviar e expandir as compreensões culturais e institucionais de ‘saúde’” (ANGUS, 2002, p. 14). Cada vez mais presente, uma visão que valoriza na arte a sua potência inventiva, disruptiva, transformadora, de produção de outros mundos, de outras formas de vida, outras sensibilidades; uma visão de que a grande contribuição da arte para a saúde está em sua potência de produzir outras saúdes.

#### **ARTE E SAÚDE: PERSPECTIVAS BRASILEIRAS**

Quando olhamos para o Brasil, notamos que os intercâmbios entre a arte e a saúde, entre a produção cultural e as práticas de saúde, possuem uma longa e potente história, em especial, no campo da saúde mental: seja nas primeiras aproximações entre a “arte dos loucos” (produzida no Hospital do Juquery, em São Paulo) e a “arte moderna”, promovidas pelo psiquiatra Osório César na década de 1920, que produziram deslocamentos importantes nas relações entre arte, clínica e loucura; seja na produção mais consistente do Ateliê de Pintura da Seção de Terapia Ocupacional do Hospital do Engenho de Dentro (Rio de Janeiro), animado pela psiquiatra Nise da Silveira no final da década de 1940, e que levaria à criação do Museu de Imagens do Inconsciente e a um intenso diálogo dessa experiência com artistas, críticos de arte e o universo cultural brasileiro, cujos efeitos seriam profundos e duradouros. Destaca-se nessa história o encontro de Nise da Silveira com o crítico de arte Mário Pedrosa, que considerava a iniciativa do Museu um dos mais importantes acontecimentos no campo cultural e artístico do país, anteriores à primeira Bienal de São Paulo (1951), constituindo um componente fundamental do solo em que germinou a arte contemporânea brasileira (LIMA; PELBART, 2007).

Arte contemporânea brasileira que também fará suas trocas com o campo da saúde quando uma artista como Lygia Clark, nos anos 1960, começa a produzir hibridações das artes plásticas com outras práticas, como a clínica. Resultado de experimentações que visavam “deslocar o objeto de sua condição de fim para uma condição de meio” (ROLNIK, 2015), sua última obra, a *Estruturação do Self*, consistiu na criação de Objetos Relacionais que, em um espaço do seu apartamento chamado de “consultório”, ela aplicava aos corpos de seus “clientes” em “sessões” regulares. Apesar do *setting* e dos termos, isso não quer dizer que Lygia tivesse se tornado terapeuta, saltado da arte para a clínica, embora também não se situasse mais num terreno que pudesse ser exatamente reconhecido como da arte. De fato, Lygia conduziu sua arte para uma região de fronteira, e poucos artistas habitaram mais radicalmente que ela aquele mundo híbrido, referido no início deste ensaio, que se constitui nas fronteiras da saúde, da arte e da cultura: “o desafio que Lygia nos propõe é justamente o de conviver com a posição fronteiriça em que ela foi cada vez mais se colocando” (ibidem). Sua radicalidade consistiu em não ser terapeuta, nem artista, produzindo algo muito mais potente: um “híbrido arte/clínica”, que produziu profundas reverberações tanto na arte quanto na clínica: “por colocar-se nesta zona fronteiriça, sua obra tem virtualmente a força de ‘tratar’ tanto a arte quanto a clínica para que estas recuperem sua potência de crítica ao modo de subjetivação ambiente; potência de revitalização do estado de arte, de que depende a invenção da existência” (ibidem).

Vemos, portanto, que a história das relações entre arte, cultura e saúde no Brasil comporta acontecimentos maiores, que tiveram um grande e singular impacto, tanto no campo das artes e da cultura brasileira, quanto no campo da clínica e da saúde, que produziram inflexões importantes em nosso modo de pensar a arte e não menos importantes em nosso modo de pensar a loucura e a clínica. Inflexões que tiveram profundas repercussões para as práticas de cuidado em saúde mental em nosso país, cuja expressão política-institucional maior foi, sem dúvida, a chamada reforma psiquiátrica. Esse movimento se deu no mesmo momento histórico e possui vários princípios comuns e entrelaçamentos com o movimento de reforma sanitária, que levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O movimento brasileiro da reforma sanitária também partiu de um conceito ampliado de saúde e da teoria da determinação social do processo saúde-doença-cuidado, como ficou simbolicamente marcado na célebre fala do sanitarista Sérgio Arouca, durante a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, intitulada “Democracia é saúde” (AROUCA, 2013). Com a Constituição de 1988, a saúde passa a ser reconhecida como um direito universal, tendo como um de seus princípios basilares a *integralidade*. E garantir o direito à saúde integral é um

objetivo que instaura um questionamento permanente a respeito do alcance dessa integralidade. Certamente, o direito à saúde integral não pode se restringir ao tratamento de doenças, mas deve incluir também a prevenção. E não apenas a prevenção e o tratamento de doenças, mas também a promoção da saúde. Em suma, a saúde enquanto expressão de bem-estar e qualidade de vida, como vimos até aqui. É essa noção de saúde integral que tem informado as políticas públicas de saúde brasileiras das últimas três décadas, cuja expressão mais visível é o SUS. Apesar de todas as suas conhecidas insuficiências e precariedades, a criação de um sistema público de atenção à saúde orientado pelo princípio da integralidade instaurou um campo fértil para a invenção de práticas de cuidado integral, que articulam tratamento, reabilitação, prevenção e promoção, em práticas individuais e coletivas, combinando saberes profissionais, tradicionais e populares, em ações interprofissionais, intersetoriais e coletivas, o que inclui também as práticas artísticas e culturais.

Mesmo existindo sob o signo do subfinanciamento e da precariedade administrativa, o SUS sempre foi palco de fabulosas inovações nas práticas de cuidado e nos modos de se fazer política pública de saúde, muitas dessas mobilizando saberes e práticas situados nas fronteiras de um território ampliado da saúde, comprometido não apenas em proteger a vida, garantindo-lhe alguma qualidade, mas potencializá-la ou, ao menos, garantir a oportunidade de acesso aos meios de realização das potências individuais e coletivas. Esse florescimento das inovações nas práticas não se deu de maneira igualmente vigorosa em todas as áreas do SUS. Algumas políticas e movimentos foram campos de experimentação especialmente privilegiados para invenções de práticas orientadas por uma concepção bastante ampla a respeito da saúde a que se tem direito (e uma compreensão sofisticada a respeito da sua determinação e dos meios para alcançá-la), como foram exemplos notáveis, mas não únicos: as políticas implantadas para o enfrentamento da pandemia de HIV/Aids, as políticas de atenção básica estruturadas em torno da estratégia de Saúde da Família, as políticas públicas de Educação Permanente em Saúde e de Humanização do Cuidado e da Gestão no SUS, movimentos como o da Educação Popular em Saúde e invenções como a da Terapia Comunitária, entre outras inovações sociotécnicas de grande importância na estruturação de um campo de respostas ampliadas aos problemas de saúde.

Cabe ainda mencionar, com destaque, a política de saúde mental resultante da luta antimanicomial e do processo da reforma psiquiátrica, que levou à criação de um sistema de cuidados substitutivo ao manicômio, orientado pelo modelo da reabilitação psicossocial. Destaque, porque foi uma das políticas mais ricas na experimentação de um modelo de cuidado ampliado, abrindo vastas e fecundas fronteiras com a arte e a cultura.

Lima e Pelbart sintetizam bem a força desse movimento em suas perenes articulações com a arte, que começa dentro dos manicômios, mas que agora invade a cidade, que passa a intervir nas redes sociais e na cultura, a combater “manicômios mentais”, a produzir novos valores, novos comuns:

... temos assistido, nos últimos trinta anos, à construção de um grande número de práticas nas quais atividades artísticas participam de um processo de transformação das instituições psiquiátricas e de questionamento e redefinição do lugar da loucura. Em uma infinidade de experiências que tiveram lugar a partir da reforma psiquiátrica brasileira, busca-se, através da arte, tematizar as oposições saúde e doença, normal e patológico, loucura e sanidade. Hoje, as práticas de desinstitucionalização atravessam os muros do hospital, invadem a cidade e passam a intervir nas redes sociais e na cultura, buscando desfazer “manicômios mentais”. Um número cada vez maior de ações territoriais visa construir novas possibilidades no campo das trocas sociais e da produção de valor, buscando criar novas comunidades e outras sociabilidades.

Nessas experiências a arte está presente como um instrumento de enriquecimento das vidas, de descoberta e ampliação de potencialidades, de acesso a bens culturais (LIMA; PELBART, 2007, p. 729).

A política de saúde mental talvez seja a única política pública de atenção à saúde a ter objetivos explícitos na esfera cultural, já que, ao propor um outro modelo de cuidado ao sofrimento mental, ela precisava e visava também transformar a relação da sociedade com a loucura e o sofrimento mental de uma forma geral. Também creio ser a única política de atenção a prever, como integrante da sua rede de cuidados, um equipamento propriamente cultural, como são os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), que integram, desde os anos 1990, a rede de atenção psicossocial das cidades de São Paulo, Santos e Campinas. Seria mais preciso, entretanto, dizer que se trata de um equipamento híbrido, instalado nas (esburacadíssimas) fronteiras entre o cuidado e a cultura. São basicamente espaços abertos que promovem a convivência por meio da oferta de oficinas de práticas artísticas e corporais. Em estudo sobre a *produção* dos CECCOs, Ferigato e colaboradores identificaram a *produção de encontros* como sua maior vocação, reconhecendo quatro tipos principais: “o encontro entre pessoas, o encontro entre diferentes setores, o encontro com as atividades, o encontro com a cidade” (FERIGATO; CARVALHO; TEIXEIRA, 2016, p. 14). Ao cartografar estes diferentes planos de produção de encontros, apresenta o que pode ser lido como um interessante *inventário dos efeitos produzidos pela mobilização de dispositivos artísticos-culturais na saúde*: a criação de redes afetivas, a afirmação das diferenças, a intersetorialidade, a transdisciplinaridade,



a transversalidade, novas relações de saber-poder, a construção de novas subjetividades, a reinvenção dos espaços públicos e a criação de zonas de comunidade (FERIGATO; CARVALHO; TEIXEIRA, 2016, p. 14).

Longe de pretender ser exaustivo, passeio apenas por alguns exemplos notáveis, outros incontornáveis, todos reveladores da pujança do campo da arte e saúde entre nós, o que é potencializado pelos princípios orientadores de nossa política pública de saúde. Forçoso, nesse passeio, destacar alguns campos específicos – como o da saúde mental, mas também o da saúde das pessoas com deficiência –, nos quais a produção artística e cultural ocupou um lugar especialmente relevante. E encontrar, na confluência da reforma psiquiátrica com a luta pela melhoria da atenção à saúde das pessoas com deficiências, a Terapia Ocupacional brasileira, cujas potentes contribuições teórico-práticas para o campo da arte e saúde não poderiam deixar de ser mencionadas (LIMA et al., 2009). Destacando as contribuições do Laboratório de Estudos e Pesquisa Arte, Corpo e Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, delego a estas pesquisadoras um balanço do “estado da arte” do campo em nosso país:

Em decorrência desses fatores, há atualmente, no Brasil, uma marcada presença de ações culturais, atividades artísticas e práticas corporais que dinamizam o campo da saúde, e, ao mesmo tempo, intensificam a produção de saúde em espaços tradicionalmente não designados para este fim. Essas atividades compõem o conjunto de estratégias voltadas para: a construção de projetos de vida, a invenção de outras formas de participação social, promoção de espaços de troca e experimentação de modos inusitados de produção de valor. Trata-se de composições complexas que mobilizam processos de inclusão/exclusão social e provocam aberturas na malha expressiva e comunicacional, em constante reconfiguração. Novas conexões vinculares e culturais de certos grupos emancipam modos de ver, falar, pensar e agir que renovam relações e afetos; instauram e reivindicam uma concreta partilha do sensível, usando a expressão de Rancière, que ressoam nas experiências socioculturais da vida coletiva.

Essa aproximação entre as artes, a saúde e a cultura fez emergir um novo campo de saberes em interface, o que redimensiona cada um dos termos. A saúde passa a ser relacionada, também, com a possibilidade: de experimentar a criatividade, de participar das trocas sociais, de ter acesso às experiências culturais. Da mesma forma, as manifestações artísticas e culturais passam a ser compreendidas como capazes de contribuir para a produção de saúde e de subjetividade, podendo reorientar os modos do viver, de adoecer e de (se) cuidar (LIMA et al., 2015, p. 1.020).

Sobressai, nessa perspectiva, essa “reversibilidade” entre produção de saúde e produção artística e cultural: o reconhecimento de que a saúde

também se faz no exercício da criatividade e da participação na produção do mundo, tanto quanto o acesso à cultura e à arte contribui para a produção de saúde e para a invenção de outros modos de se produzir saúde. O entendimento é de que as atividades nesse campo visam provocar “aberturas na malha expressiva e comunicacional, em constante reconfiguração”, de forma que possam “reorientar os modos do viver, de adoecer e de (se) cuidar”. Temos, então, ao lado de um grande avanço conceitual na análise das práticas artísticas e culturais na saúde, uma firme assunção de que a saúde visada por essas práticas se expressa na sua própria realização, na possibilidade que abrem de se experimentar a criatividade como potência vital, na possibilidade que abrem de participação na produção do mundo e na sua transformação, emancipando “modos de ver, falar, pensar e agir que renovam relações e afetos”. Práticas culturais e artísticas imediatamente produtoras de saúde, porque produtoras de uma outra saúde.

### **Produzir saúde**

O desenvolvimento das forças produtivas sob o capital ao longo dos últimos dois séculos, com a crescente incorporação de conhecimento, tecnologia e automação aos processos produtivos, fez com que o trabalho se transformasse numa atividade crescentemente carregada de interação linguística, de *ethos*, de cultura, como aponte no início deste ensaio. Curiosamente, o tipo de trabalho que se colocou no centro da produção no capitalismo contemporâneo tem as mesmas características daquele que Marx classificava, no século XIX, como “trabalho improdutivo” (trabalhos cujos salários representam o gasto de uma renda e não o investimento de um capital, como no caso dos empregados domésticos). Para Marx, o “trabalho improdutivo” era, tipicamente, o trabalho dos serviços, mas também o dos serviços (docentes, médicos, sacerdotes etc.) e de todos aqueles trabalhos cujo “produto é inseparável do ato de produzir” e “se resolve numa execução virtuosa” (MARX, 1968, p. 83) e que, por essas características, também era o trabalho dos artistas executantes (pianistas, bailarinos, atores etc.) e dos políticos e oradores (VIRNO, 2013). Improdutivo porque fora dos circuitos de extração de mais-valia, fora dos *circuitos de produção do capital*, mas trabalhos constituintes dos circuitos de cuidados, dos *circuitos de reprodução da vida* (cuidado da casa, educação das crianças, cuidado dos velhos e doentes, cuidado de si, cuidados éticos e espirituais etc.). Contudo, justamente esse trabalho de cuidado com a vida, de garantia cotidiana das condições da vida, de produção de um mundo em que a vida seja possível, se torna o “trabalho produtivo” por excelência no capitalismo contemporâneo, correspondendo ao chamado trabalho pós-fordista: um trabalho que mobiliza fundamentalmente nossas competências linguísticas, cognitivas, afetivas, comunicacionais, éticas, políticas,

para agir diante de situações sempre indeterminadas, sabendo criar um sujeito e um mundo à altura dessas situações. Um trabalho que se caracteriza, portanto, como *atividade ontocriativa humana*, como atividade pela qual homens e mulheres participam imediatamente da produção de si e do mundo (TEIXEIRA, 2015).

Ora, não é preciso aprofundar muito mais essa discussão para percebermos que o trabalho em saúde corresponde em primeiro grau a esse tipo de trabalho, outrora considerado improdutivo, e que se encontra hoje no centro do modo de produção do capitalismo contemporâneo, baseado na extração de valor do “comum” que produzimos nas nossas relações, através de um trabalho que é essencialmente social, interativo, conversacional, afetivo. Um “comum” que produzimos sem poder separar tempo de trabalho e tempo livre, porque

trabalhar, nesse contexto, significa produzir “suplementos” de vida, ou seja, produzir subjetividade: significação e conhecimento, relação e julgamento, cultura e natureza. [Nesse sentido, o] trabalhador não é apenas aquele que está dentro da relação salarial, mas também se encontra difuso no conjunto das redes sociais, nos territórios metropolitanos, nas atividades de produção e reprodução (COCCO, 2011).

É à luz desse paradigma da produção contemporânea que devemos entender o que pode significar produzir saúde. E a saúde só pode ser um dos nomes desse “comum” que produzimos em nossas relações, que é “subjetividade: ... cultura e natureza”. Mundo é outro nome desse “comum”. É nos diferentes modos de produção de si e do mundo que se *produzem saúdes*, mas é na possibilidade de se produzir a si mesmo e ao mundo que reside a possibilidade de que se *produza saúde*. Retomando Canguilhem, a saúde é a experiência daquele que se encontra em “posição normativa”, isto é, daquele que é “capaz de *produzir o meio*” ou, ainda, que é capaz de produzir a si mesmo e ao mundo. A produção de saúde, portanto, não se define pelo tipo de mundo que é produzido, mas pela própria possibilidade de produzi-lo. A saúde se produz na própria possibilidade de produção de si e do mundo. Não se trata de dizer que haja um dado mundo a ser produzido que é aquele que produziria saúde, mas de que, desde que um mundo possa ser produzido, desde que uma forma de vida singular possa se colocar em posição normativa, produz-se saúde e uma forma de experimentar a saúde que também é singular, já que a saúde nada mais é do que a experiência das “condições de vida” mais ótimas possível para a realização daquela forma de vida. E é nesse ponto que nos afastamos de Canguilhem, preferindo não falar em “produzir o meio”, mas “produzir o mundo”, entendendo o mundo não como um conjunto de “condições” exteriores para a *minha vida*, mas a trama sem fim nem começo que é a *vida que habito* e na

qual me constituo como sujeito. Estou saudável quando experimento que participo da produção/criação da trama do mundo, enquanto as relações mais ótimas para a realização da forma de vida que tramamos juntos...

Desnecessário retomar a importância do “trabalho da arte na saúde”, em sua potência de produção de outros mundos, outras formas de vida, outras sensibilidades, em sua potência de produzir outras saúdes. Práticas culturais e artísticas produtoras de saúde porque produtoras de outra saúde.

Arte e cultura como o próprio “lugar” da produção no mundo contemporâneo. Na sábia visão de Ailton Krenak (2020): “não como um lugar de consumir, mas como uma possibilidade da gente criar mundos, inventar mundos para nós existirmos”. A arte como técnica “para adiar o fim do mundo”, porque, “se nós estamos vivendo esse tempo de total imprecisão até no sentido da experiência de viver, a arte se constitui no lugar mais potente e mais provável de se constituírem novas respostas e novas perguntas para o mundo que nós vamos ter que dar conta daqui pra frente”.

A arte na saúde não como componente de uma (insustentável) qualidade de vida, mas como um dispositivo para voltarmos a habitar as intensidades da vida...

#### **POST-SCRIPTUM PANDÊMICO**

Em tempos em que se apresenta uma ameaça à saúde individual e coletiva, em escala global, fortemente tendente a reforçar concepções mais reducionistas de saúde, mais focadas nos elementos biológicos e organicistas e nas ameaças portadas por um agente infeccioso; em tempos que nos induzem a uma visão de saúde mais reduzida, mais circunscrita à problemática da preservação da vida e da garantia de uma certa segurança de que nós sobreviveremos às ameaças biológicas que nos cercam; em tempos, enfim, em que se abre certa oposição entre a saúde e a qualidade de vida e o bem-estar, já que a preservação da primeira, neste momento, parece depender de abdicarmos destas últimas, já que a preservação da vida e da saúde, neste momento, parece mesmo nos obrigar a atravessar um processo de profundo mal-estar e de afastamento de tudo o que configurava nossos ideais de qualidade de vida, incluindo a possibilidade do convívio social; é justamente neste momento que as riquezas maiores que encontramos nas fronteiras entre a saúde, a arte e a cultura ganham ainda mais relevância.

Vivemos tempos não apenas para serem padecidos, mas enfrentados. Tempos não apenas para enfrentamento do vírus e da epidemia, mas também de todas as tendências regressivas que esses tempos podem imprimir em nosso modo de vida e nossas concepções sobre a saúde. Enfrentar esses tempos exigirá, e muito, o exercício irrequiesto da arte e da cultura, em

sua função de abrir o campo de possibilidades, de excitar a imaginação de outros mundos possíveis e de nos permitir esperar a sobrevivência de formas de vida que digam sim à vida! Trata-se do reconhecimento da arte e da cultura como produtoras de saúde enquanto potência de vida, mas também como produtoras de uma “cultura da saúde” em que a saúde não se reduza à mera sobrevivência de “vidas nuas”.

## REFERÊNCIAS

- ANGUS, John. *A review of evaluation in community-based arts for health activity in the UK*. Londres: Health Development Agency, 2002.
- AROUCA, Sérgio. “Democracia é saúde”. 8a. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. Registro em vídeo disponível em: <[https://youtu.be/\\_HmqWCTEeQ](https://youtu.be/_HmqWCTEeQ)>.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. São Paulo: Forense Universitária, 2009.
- COCCO, Giuseppe. “As biolutas e a constituição do comum”. *Le Monde Diplomatique Brasil*, São Paulo, 2 maio 2011. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=939>>.
- FERIGATO, Sabrina H.; CARVALHO, Sergio R.; TEIXEIRA, Ricardo R. “Cartografia dos Centros de Convivência: a produção de encontros e de redes”. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 27, n. 1, pp. 12-20, jan.-abr. 2016.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. São Paulo: Forense Universitária, 2013.
- KILROY, Amanda et al. *Towards Transformation: Exploring the Impact of Culture, Creativity and the Arts on Health and Wellbeing*. Manchester: Manchester Metropolitan University, 2007.
- KRENAK, Ailton. *Do tempo*. São Paulo: n-1 edições, 2020.
- LALONDE, Marc. *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1981 (1974). Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>.
- LIIKANEN, Hanna-Liisa. *Art and Culture for Well-being: Proposal for an Action Program 2010-2014*. Helsinki: Publications of the Ministry of Education and Culture, Finland, 2010.
- LIMA, Elizabeth M. F. de Araújo; PELBART, Peter Pál. “Arte, clínica e loucura: um território em mutação”. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 14, n. 3, pp. 709-35, jul.-set. 2007.
- \_\_\_\_\_; INFORSATO, Erika A.; LIMA, Leonardo J. C.; CASTRO, Eliane D. “Ação e criação na interface das artes e da saúde”. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 20, n. 3, pp. 143-8, 2009.

- LIMA, Elizabeth M. F. de Araújo et al. “Interface arte, saúde e cultura: um campo transversal de saberes e práticas” (editorial). *Interface*, Botucatu, v. 19, n. 55, pp. 1019-22, 2015.
- MACNAUGHTON, Jane; WHITE, Mike; STACY, Rose. “Researching the Benefits of Arts in Health”. *Health Education*, v. 105, n. 5, pp. 332-9, 2005.
- MARX, Karl. *Le Capital*. Livre I. Paris: Gallimard, 1968.
- MINAYO, Maria C. S.; HARTZ, Zulmira M. A.; BUSS, Paulo M. “Qualidade de vida e saúde: um debate necessário”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, pp. 7-18, 2000.
- ROLNIK, Suely. “Lygia Clark e o híbrido arte/clínica”. *Concinnitas*, Rio de Janeiro, ano 16, v. 1, n. 26, jul. 2015.
- TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. “As dimensões da produção do comum e a saúde”. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, supl. 1, pp. 27-43, 2015.
- VIRNO, Paolo. *Gramática da multidão: para uma análise das formas de vida contemporânea*. São Paulo: Annablume, 2013.
- WALD, Gabriela. “Arte y Salud: algunas reflexiones para profundizar las potencialidades de análisis del campo”. *Interface*, Botucatu, v. 19, n. 55, pp.1.051-62, 2015.