

## A ARTE E A CIDADE COMO DISPOSITIVOS DE INTERVENÇÃO E FORTALECIMENTO DAS REDES INTERSETORIAIS

**Me. Rayanne Suim Francisco**

### **Introdução**

Diante do crescente diagnóstico de doenças como depressão e ansiedade, seguido do aumento significativo do uso de psicotrópicos entre a população mundial, este artigo tem como objetivo pensar em estratégias de intervenção em psicologia que se pautem no conceito ampliado de saúde e que confrontem os movimentos de medicalização e patologização da vida, tão presentes no contemporâneo.

Nesse sentido, a arte e a cidade são empreendidas como dispositivos capazes de colocar em xeque modos de atuação reducionistas, que compreendem a saúde ainda pautada em um paradigma organicista.

A arte, na leitura de Nise da Silveira, será abordada em sua potência transformadora, catártica e clínica, convocada a produzir rupturas aos modelos cartesianos de saúde e “cura”.

A cidade, na leitura de Deleuze e Guattari, será pensada como território vivo, rizomático, que como tal interpela seus atores na produção de redes que tensionam discursos, problematizam práticas, criam possibilidades de experiência e expressão da vida no campo das políticas públicas.

Interpeladas – a arte e a cidade – transpassadas, misturadas, chamam a atenção para problemas que nos assolam quando discorremos sobre a construção de tais políticas: a) a dificuldade do diálogo e das conexões entre os diferentes serviços prestados; b) a hegemonia da psiquiatria e da medicação na condução da assistência aos usuários; c) o

desafio de se pensar e implementar modos alternativos de clínica, que problematizem os modelos tradicionais e fortaleçam o trabalho em rede.

Por fim, o artigo abordará a necessidade de maiores pesquisas sobre a temática colocada, para aprofundamento da questão, tão relevante na atualidade.

### **Para pensar modos alternativos de produzir saúde: A CIDADE**

Acreditamos que a cidade se movimenta de modo orgânico, vivo, rizomático (DELEUZE; GUATTARI, 2011) e, por isso, possa ser incluída nas discussões sobre as políticas públicas e compreendida como território capaz de produzir tensões, transformações, desequilíbrios, territorializações e, portanto, saúde.

Assim, pensar sobre a cidade, coletivamente, sobre como vivenciamos a sua arquitetura, sobre os espaços disponibilizados para o cuidado comunitário e para a construção de vínculos de solidariedade, sobre a existência (ou necessidade de) espaços disponíveis para o lazer, para a cultura e para a aprendizagem, torna-se tarefa – também – dos profissionais de saúde, juntamente aos usuários dos serviços ofertados e a comunidade em geral.

Se não promovemos essa discussão, se tornam escassas as ferramentas para um trabalho pautado nos princípios da integralidade e da gestão compartilhada da atenção e corremos o risco de reforçar o paradigma da saúde como ausência de doença, recorrendo a medicalização como estratégia primeira (ou única) para o “tratamento” (SANTOS; WESTPHAL, 1999)

Nesse sentido, se torna importante produzir espaços de discussão e diálogo sobre o desenvolvimento de uma clínica se faça na e com a cidade, com a inclusão dos sujeitos na participação ativa e colaborativa dessa clínica, em prol do desenvolvimento da qualidade de vida e bem-estar da população.

A construção de uma clínica urbana, convoca o movimento de uma rede intersetorial, onde a aliança se constrói no plano coletivo da diversidade, da cultura, da história e memória afetiva das pessoas e grupos, do acolhimento às demandas sociopolíticas que nos atravessam enquanto sujeitos que compartilham territórios.

A criação de redes de apoio, de assistência e/ou de acolhimento tem sido amplamente discutida a nível das políticas públicas da saúde, educação e assistência social e diversos são os modos de compreensão sobre os seus efeitos, sobre como planejá-las, organizá-las, gerenciá-las, etc. (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013).

São várias as definições de rede. Rosseti-ferreira *et al.* (2008) trabalham com uma proposta que contempla a sua formação dentro de um conjunto de significações perpassadas por valores e crenças histórico-culturais. Costa (2005), diferentemente, aposta que as redes são formadas a partir da valorização da comunidade em seus laços de parentesco, amizade e solidariedade. Junqueira (1999), em contrapartida, contempla uma definição mais diretiva, em que o conceito de rede remete à mobilização de um conjunto de setores em prol de um objetivo comum.

Para Bourguignon (2001), a existência de diversos modos de compreender/empreender as redes não inviabiliza a coexistência das mesmas e não impede que o investimento na intersectorialidade ganhe relevo. Conforme o autor, o desafio é implementar ações intersectoriais, com arranjos que envolvam diversos atores na construção do próprio protagonismo em projetos de desenvolvimento social e bem-estar comum.

As redes intersectoriais interligam distintas organizações governamentais, privadas, mistas, informais, comunitárias, serviços e profissionais, sujeitos, visando a assistência e proteção integral a segmentos vulnerabilizados socialmente (BRASIL,2010).

A inclusão dos sujeitos da cidade no planejamento/desenvolvimento/participação dessas redes torna-se um desafio importante para a prática de descentralização das políticas e produção de autonomia nas decisões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017), pois entendendo a cidade como dispositivo capaz de movimentá-la (a rede), deslocamos a noção de centralidade e compartimentalização que se direcionam a determinados serviços (ou a

mera junção dos mesmos), convocando os sujeitos à gestão participativa das políticas e da saúde, enfrentando os processos de institucionalização.

Assim, refletir sobre a nossa mistura com a cidade, e como essa mistura (ou ausência de) pode provocar adoecimento, reforçar as desigualdades, privar a liberdade, ou, em outro sentido, intervir/potencializar a construção de redes democráticas e transformadoras é imprescindível, pois nos possibilita criar ferramentas para lidarmos com os problemas que vimos enfrentando na modernidade de modo coletivo.

### **Para pensar modos alternativos de produzir saúde: A ARTE.**

Conforme descrito anteriormente, diagnósticos de transtornos mentais têm crescido de modo exorbitante, atingindo uma parcela significativa da população. De acordo com relatório da Organização Mundial de Saúde, aumentou em 18% o número de pessoas que vivem com depressão entre os anos de 2005 e 2015. 322 milhões de pessoas vivem com algum transtorno mental no mundo, sendo que no Brasil 5,8% da população convive com a depressão e 9,3% com distúrbios relacionados à ansiedade (RAVANA; SAVIANI,2004).

Diante do cenário exposto cabe questionar: quais estratégias vamos mobilizar como psicólogos e profissionais da saúde para lidar com o crescimento descomedido das demandas em saúde mental? Seguiremos o fluxo da medicalização? Ficaremos restritos aos consultórios particulares? Ou vamos repensar as nossas práticas, a qualidade do nosso tempo e das nossas relações?

A arte, como ferramenta de transformação e modificação do mundo (FRANCISQUETTI, 2004), pode ser um dispositivo interessante somado à cidade na produção de saúde, pois, aliada à cidade, a arte mobiliza uma rede de múltiplos atores (a música, a literatura, o cinema, o desenho, a pintura, a escrita) e amplia as nossas conexões com elementos inusitados, causando estranhamentos, reflexões, problematizações e, por conseguinte, transformações individuais e coletivas.

Com uma possibilidade de adentrar em contextos históricos, como também fazer parte deles, a arte é responsável pela construção cultural da sociedade, pela crítica a determinados modelos sócio-políticos, pelo desenvolvimento de outros modos de existência.

Por essa perspectiva, a arte vincula o sujeito à criação a si mesmo e do mundo. Ela expressa a reinvenção e produz a novidade, isto é, a arte é em si mesmo clínica, terapêutica. Saviani (2004) atribui à arte um status de criação inventiva, onde “toda a capacidade de ser é acionada no ato de criar”, de modo que o poder criador transborda a própria criação, o homem, a natureza e afeta toda a vida em sua dimensão multifacetada.

“Arte é linguagem; é um meio de expressão e comunicação” uma “techne”, isto é, uma interface entre a capacidade de construir um objeto com habilidade, astúcia, artimanha e artifício, como pensavam os gregos, e a agressividade criadora e aventureira que media a vida e a morte das coisas, o nascer o renascer, a metamorfose (FERNANDES, 2015). Frayze- Pereira (2005), a partir dos estudos de Pareyson, conclui que a arte é um fazer inventivo, específico, na qual a ação do fazer (o executar) é indissociável da invenção.

Nise da Silveira, psiquiatra nordestina, foi fundamental para a ampliação dos estudos que afirmam a importância e eficácia da arte vinculada aos tratamentos em saúde mental. Tratamentos estes, alçados em práticas de liberdade, criação e inventividade.

Nise da Silveira, nascida em Maceió, Alagoas, foi uma importante médica que dedicou a vida ao trabalho com a saúde mental, produzindo uma perspectiva revolucionária sobre a loucura e o seu tratamento por via da arte e da livre expressão.

Nise dirigiu a seção de terapêutica ocupacional entre 1946 e 1974, no Centro Psiquiátrico Pedro II, fundou o Museu de Imagens do Inconsciente em 1952, e em 1956 fundou a Casa das Palmeiras, onde eram realizados tratamentos em regime de externato, com pacientes egressos de instituições psiquiátricas (SILVEIRA, 1981)

A importância de Nise no cenário da saúde mental corrobora a problemática traçada nesse trabalho, tendo em vista que a psiquiatra atou contra as concepções hegemônicas da psiquiatria clássica tradicional, impelindo uma rachadura nas práticas médicas cartesianas da época (medicalização, lobotomia, eletrochoques), abrindo um campo de novas possibilidades que articulam a arte, a clínica, a saúde mental e a subjetividade (FERNANDES, 2015).

Além disso, a postura ética e política de Nise constrange o cenário onde a loucura era aprisionada. Por meio da arte, Nise lança a loucura na cidade com criação do museu de imagens do inconsciente e da casa das palmeiras. Nesse sentido, a psiquiatra movimenta uma rede de atores (arte, artistas, materiais, familiares, sujeitos, profissionais, instituições, discursos, saberes etc.) e os mobiliza para, em conjunto, construir saúde em outros (novos) planos.

Esse importante deslocamento (hospital – cidade) corrobora a importância das políticas de desinstitucionalização e convoca a urgência de defendermos, enquanto profissionais da saúde, o cuidado em liberdade, além de apostar nas articulações em rede entre a cidade, a arte e a saúde.

Assim, seguindo as pistas de Nise, e de tantos outros autores já abordados nesse trabalho, reafirmamos a postura urgente de acolher as demandas em saúde mental na e com a cidade, na construção de uma clínica urbana, que invista na arte e em sua possibilidade de invenção e criação de vida.

### **Considerações finais**

Ainda encontramos pouco referencial teórico que se proponha a conectar a arte e a cidade como dispositivos clínicos de intervenção em saúde. Por mais que a literatura aponte a importância das redes intersetoriais no manejo do tratamento em saúde mental, pouco se fala sobre a possibilidade de invenção/criação de uma clínica urbana e artística vinculada a essa rede.

A arte, nesse sentido, pode ser entendida como dispositivo de intervenção que alarga as nossas relações conosco e com o mundo ao nosso redor, também como um fazer inventivo, catártico, criador da cultura e crítico das nossas relações sócio históricas. Desse modo, capaz de colocar em análise nossas práticas e discursos voltados para o acolhimento das demandas de saúde mental na atualidade.

A cidade, enquanto território vivo, rizomático, se articula aos planos coletivos da vida, e quando investida, pode prover espaços comunitários, culturais, saudáveis, educadores, responsáveis por uma maior qualidade de vida e bem-estar dos sujeitos, diminuição das desigualdades, estreitamento de laços entre as pessoas, dando novas tonalidades às relações construídas, pautadas em vínculos de amizade e parceria, isto é, pautadas em produção de saúde mental e coletiva.

Mas como construir essa cidade? Como construí-la artisticamente? Como profissionais de saúde, psicólogos, nos cabe o interesse em buscar estratégias para efetivar essas práticas, como fez Nise e diversos outros teóricos revolucionários.

Nosso desafio é criar instrumentos, metodologias, ferramentas que possam deslocar o olhar que se volta para a saúde mental institucionalizada, medicalizada, psicopatologizada, lançando-o para novos horizontes, que bebam da arte, da liberdade e da produção de autonomia dos sujeitos acolhidos.

### **Referências bibliográficas**

BOUGUIGNON, J.A. **Concepção de Rede intersetorial**. set. 2001. [acesso em 21 de junho de 2018]. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília, 2010.

COSTA, R. da. Por um novo conceito de comunidade: Redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. **Interface**, Botucatu, 9(17), 2005.



- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. V.1. São Paulo: Editora 34, 2011.
- FERNANDES, S.M.B.A. Nise da Silveira e a saúde mental no Brasil: um itinerário de resistência. **Dissertação de Mestrado**. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2015.
- FRANCISQUETTI, A. A. Lições de casa. In: Ciornai S (Org.). **Percursos em Arteterapia: ateliê terapêutico, Arteterapia no trabalho comunitário e linguagem expressiva, Arteterapia e história da arte**. São Paulo: Summus, 15-47, 2004.
- FRAYZE-PEREIRA, J.A. **Arte, Dor: Inquietudes entre estética e psicanálise**. Cotia/São Paulo: Ateliê editorial, 2005.
- JUNQUEIRA, L.P. Descentralização, intersetorialidade e Rede como estratégias de gestão da cidade. **Revista FEA – PUC-SP**, São Paulo, (1): 57-72, 1999.
- PEREIRA, K.Y. de L.; TEIXEIRA, S.M. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre. 12(1): 114-127, 2013.
- RAVANA, S.L; SAVIANI, I. Arteterapia e história da arte. In: Ciornai S (Org.). **Percursos em Arteterapia: ateliê terapêutico, Arteterapia no trabalho comunitário e linguagem expressiva, Arteterapia e história da arte**. São Paulo: Summus, 297- 311, 2004.
- ROSSETTI-FERREIRA, M. C. *et al.* Desafios metodológicos na perspectiva da rede de significações. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, 38 (133): 147-170, 2008.
- SANTOS, J.L.F., WESTPHAL, M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, 13(35): 71-88, 1999.
- SAVIANI, I. Ateliê terapêutico-encontrarte: viver arte, criar e recriar a vida. In: Ciornai S (Org.). **Percursos em Arteterapia: ateliê terapêutico, Arteterapia no trabalho comunitário e linguagem expressiva, Arteterapia e história da arte**. São Paulo: Summus, 49-81, 2004.
- SILVEIRA, N. **Imagens do inconsciente**. Brasília: Alhambra, 1981.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization; 2017.

