

ENVEREDANDO PELOS CAMINHOS DA ARTE: A TERAPIA OCUPACIONAL NA PRODUÇÃO DE SAÚDE DE SUJEITOS INFECTADOS PELO HIV

EMBARKING ON THE PATH OF ART: THE OCCUPATIONAL THERAPY IN PRODUCING HEALTH OF HIV - INFECTED SUBJECTS

Adriane do Socorro Costa Leite

Secretaria de Saúde de Maracanã-Pa

Adriane Henderson de Matos

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Ingrid Bergma da Silva Oliveira

Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Lucivaldo da Silva Araújo

Universidade do Estado do Pará (UEPA)

ARTIGO

Resumo

A inserção da Terapia ocupacional no contexto da assistência em saúde ao sujeito infectado pelo HIV tem contribuído para a produção de novas maneiras de se fazer uma clínica preocupada em potencializar e afirmar a vida a partir da ampliação de possibilidades e da realização de novas conexões e experiências através do contato com o mundo da arte e da cultura. A pesquisa em questão objetivou ampliar as discussões sobre a apropriação dos recursos da Arte pela Terapia Ocupacional e compreender de que forma as atividades expressivas afetam o cotidiano do sujeito infectado pelo HIV. Os participantes foram usuários da Unidade de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias (URE DIPE) de Belém do Pará. Os dados foram obtidos por meio entrevista semi – estruturada e da participação dos sujeitos em um grupo de atividades expressivas no setor de Terapia Ocupacional. As vivências no grupo repercutiram no cotidiano dos participantes, criando novas configurações e possibilitando descobertas que proporcionaram a apropriação de si e do sentimento de bem-estar, o que diretamente relaciona-se com a melhora na qualidade de vida dessas pessoas.

Palavras Chave: Terapia Ocupacional; Arte; Produção de saúde; HIV/AIDS.

Abstract

The inclusion of occupational therapy in the context of health care to the individual infected with HIV has contributed to the production of new ways of doing a clinic concerned with empowering and affirming life from the expansion of possibilities and the realization of new connections and experiences through contact with the world of art and culture. The research project aimed to broaden the discussion on the appropriation of the resources of art, by Occupational Therapy and understand how expressive activities affect the daily life of HIV-infected subject. Participants were members of the Reference Unit Infectious and Parasitic Diseases (URE DIPE) of Belem of Para. Data were collected through questionnaires, semi - structured interviews and participation in activities. Some results indicate

that the experiences in the group of Occupational Therapy impacted the everyday life of the subjects, creating new settings and enabling discoveries that provided the appropriation of self and sense of well-being, which directly relates to the improvement in quality of life of these people.

Key words: Occupational Therapy; Art; Production of health; HIV / AIDS

Resumen

La inclusión de la terapia ocupacional en el contexto de la atención de salud a la persona infectada con el VIH ha contribuido a la producción de nuevas formas de hacer un centro sanitario con la autorización y la afirmación de la vida de la ampliación de las posibilidades y la realización de nuevas conexiones y experiencias a través del contacto con el mundo del arte y la cultura. El proyecto de investigación tuvo como objetivo ampliar la discusión sobre la apropiación de los recursos de la Arte por la Terapia Ocupacional y comprender cómo las actividades de expresión afecta a la vida cotidiana de los sujetos infectados por el VIH. Los participantes eran miembros de la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias de referencia (URE DIPE) de Belém do Pará. Los datos fueron recogidos a través de cuestionarios, entrevistas semi - estructuradas y la participación en las actividades. Algunos resultados indican que las experiencias en el grupo de terapia ocupacional afectados la vida cotidiana de los sujetos, la creación de nuevos valores y permitiendo descubrimientos que siempre que la asignación de uno mismo y el sentido de bienestar, que se refiere directamente a la mejora de la calidad de la vida de estas personas.

Palabras clave: Terapia Ocupacional; Arte; Producción de la salud; VIH / SIDA

1. Introdução

A Saúde pode ser compreendida como uma dimensão da vida humana que se conecta com todas as experiências vividas pelo indivíduo em seus espaços de circulação sobre os quais constrói seu cotidiano, sua realidade e o mundo concreto.

Essa perspectiva amplia-se para além de um quadro conceitual. Envolve a defesa da vida, atos de cuidado e outras dimensões cuja diversidade enriquece o leque de possibilidades dos instrumentos capazes de produzir saúde (Filho, 2009).

Nesse contexto, a arte apresenta-se enquanto dispositivo que potencializa uma apropriação do mundo, da cultura e de produção de saúde, já que pode possibilitar a ampliação da experiência da vida prática e

complementá-la com a experiência da “vida em arte”, e assim, cria novos sentidos e significados para experiências vividas (Kagan citado por Castro & Silva, 2002).

Sob essa perspectiva, a pesquisa da qual trata este artigo, lança um olhar que se caracteriza pelo cuidado de perceber o sujeito infectado pelo HIV para além do sofrimento orgânico. Busca compreendê-lo inserido em seu campo social, o lugar real da produção da sua condição de saúde a partir das relações que estabelece.

Nesse ínterim, não se pode perder de vista as implicações das representações sociais na qualidade de vida do sujeito infectado, considerando que algumas dessas representações em torno da AIDS podem repercutir na subjetividade dos indivíduos

produzindo distintos significados sobre o viver com HIV.

Foucault (citado por Seben, 2008) afirma que tais significados “são produtos de discursos internos que partem de um determinado enunciado e são lançados pelas redes de informação em massa” (p.66). No caso da AIDS, o mecanismo de produção de significados está inserido nos discursos que repercutem no tecido social e que aparecem no imaginário da sociedade através do sistema de valores, crenças, tradições familiares e etc (Seben, 2008).

Outro elemento a ser destacado nesse contexto é o estigma, que tem como principal consequência a exclusão social.

Os estigmas são representações sociais com características próprias de funcionamento, atuando como um sinal desencadeador de uma emoção manifestada por uma atitude de afastamento imediato (Almeida, 2004).

Pádua (citado por Almeida, 2004) refere que:

Os seres humanos manipulam os objetos da realidade, da qual fazem parte, atribuindo-lhes um sentido que contém a percepção do grupo social sobre esses objetos. Assim, a AIDS, a doença, e o indivíduo acometido são elementos da realidade que passam a ser representados, no processo de simbolização, como portadores de um sentido, um significado, construído socialmente, e que no caso da AIDS, o curso dessas representações teve um resultado profundamente depreciativo. Esse sentido depreciativo constitui o núcleo do estigma do qual as marcas físicas e o diagnóstico médico constituem as manifestações perceptíveis. Na medida em que estas marcas e o sentido atribuído a elas começam a provocar reações, há uma condenação entre a realidade da doença e do doente por um lado, e a realidade das suas representações sociais por outro, de modo que estas se transformam em sinais (p.52).

Em estudo realizado no Brasil, Torres e Camargo (2008) concluíram que a

representação da AIDS, para as pessoas que vivem com HIV, assume o conteúdo de doença crônica incurável e ligada à morte. A descoberta do diagnóstico gera a sensação de culpa por não ter se protegido; indignação e revolta por ter se contaminado. O processo de exclusão social ao qual o portador de HIV está sujeito suscita neste, o desejo de que sua condição de soropositividade permaneça no anonimato (Freitas, 2010).

Outras pesquisas apontam que para a população de um modo geral, a AIDS é entendida como doença do outro, punitiva, perigosa e que vai ter cura. Para os profissionais de saúde, a AIDS assume caráter de doença perigosa e de quem não se previne (Torres & Camargo, 2008).

Esses pontos de vista acabam por implicar em significados internos produzidos nos e pelos sujeitos. Dessa forma, “as diversas configurações dos discursos que repercutem nas produções de subjetividade influem diretamente na maneira como os indivíduos portadores de HIV captam e significam sua doença” (Seben, 2008, p. 66).

Esses significados podem ser vivenciados através de sentimentos de impotência diante da doença, de culpa e vergonha diante de outras pessoas, sentimento de falta de preparo para lidar com a situação e o sentimento de proximidade da morte (Medeiros, 2010).

Estudos realizados por Castanha (2006) sobre as consequências biopsicossociais da AIDS na qualidade de vida do sujeito infectado pelo HIV, apontam que as representações sociais em relação a AIDS vão além dos aspectos biológicos e relacionam-se com o preconceito, a segregação, o estigma e a inserção social. Tais representações influenciam e orientam condutas como: adesão ao tratamento, isolamento social, manutenção das relações interpessoais e vida sexual.

Portanto, as consequências biopsicossociais da presença da AIDS na vida dos sujeitos interferem diretamente no que diz respeito à qualidade de vida dos mesmos, aspecto em que a Terapia Ocupacional -

apropriando-se das linguagens artísticas – pode contribuir significativamente no sentido da autonomia e do melhor envolvimento dessas pessoas em suas tarefas, ocupações e atividades cotidianas.

2. Terapia Ocupacional: interfaces entre arte e saúde

Ao longo da constituição histórica da Terapia Ocupacional, a normatização dos corpos e dos fazeres tem sido seu principal alvo de atenção, no entanto, cada vez mais emergem intervenções que subvertem essa lógica de controle dos corpos e adequação a padrões estabelecidos, e comprometem-se com a expansão da vida e respeito às singularidades (Siegmann, 2006).

Quando nos aproximamos dessa leitura processual e histórica da Terapia Ocupacional, também nos aproximamos de um sentido de saúde que não cabe nos “moldes” da modernidade. Deste modo, nosso horizonte converge para uma compreensão de saúde enquanto vida em plenitude e não como ausência de doença.

A saúde não pode ser pensada sem levarmos em consideração as trocas sociais, o acesso e a circulação pelo mundo da cultura como algo que pertence ao fundo comum da humanidade (...). A ideia de saúde aqui está relacionada à ampliação da capacidade de realizar conexões, de afetar e ser afetado, ampliar as potências do agir e do fazer, adquirir maior plasticidade, abrir os campos de possibilidades (Lima, 2009, 01).

Para ampliar a discussão sobre o compreender saúde e suas implicações na prática clínica da Terapia Ocupacional, tomemos por referência a ideia defendida por Winnicott, para quem a saúde está relacionada com a possibilidade de experimentar a criatividade e com a capacidade de ter experiências culturais (Winnicott, 1975).

Essa perspectiva ancora muitas iniciativas recentes em Terapia Ocupacional,

que pensam uma prática no sentido de construção dos direitos substanciais, relacionados à realidade afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva e cultural (De Carlo & Bartalotti, 2001).

É sob essa ótica que Liberman (1998) entende a Terapia Ocupacional como uma prática social que se dedica a observar e intervir na qualidade de vida do sujeito, cujo olhar se volta sobre seu cotidiano, suas possibilidades de encontro consigo mesmo e com o outro, e com as atividades que realiza ou pode criar.

Ela afirma, ainda, que a “atividade cria e recria a identidade do indivíduo. É uma forma de auto-conhecimento e expressão que facilita a relação entre o pensamento e a ação” (Liberman, 1998, p.12). Nesse sentido, a intervenção estaria voltada para o indivíduo e seu grupo social, de forma a possibilitar melhores condições para o bem estar e a autonomia, favorecendo a construção social de espaços de vida e de expressão da diversidade.

Castro, Lima e Brunello sugerem que (2001):

A nova direção da prática da Terapia Ocupacional propõe uma atuação no campo das possibilidades e recursos, de entrada no circuito de trocas sociais: o lúdico, o corpo, a arte, a criação de objetos, os estudos e o conhecimento, a organização dos espaços e o cuidado com o cotidiano, os cuidados pessoais, os passeios, as viagens, as festas, as diversas formas produtivas, a vida cultural, são alguns exemplos de temas que referendam, conectam e agenciam experiências, potencializam a vida e promovem transformações (p.46).

Nesta perspectiva, entendemos o processo Terapêutico Ocupacional como um terreno que possibilita vivências expressivas, amplia territórios, expande possibilidades e cria novos modos de estar no mundo, tendo nos dispositivos artísticos, ricos instrumentais que facilitam esse processo.

Desde modo, no contexto da Terapia Ocupacional, as atividades expressivas e

artísticas atuam como sistemas de ampliação e potencialização, expandindo a experiência do viver.

A partir da vivência artística o sujeito pode experimentar novos campos de aquisições e habilidades. Esta vivência apresenta-se também como mecanismo de alegria, tensão, prazer e fortalecimento nos processos de inclusão social e cultural, e a partir dela, o sujeito pode reconhecer limitações e possibilidades, efetivar novas conexões e expandir novas áreas da vida.

Esta possibilidade de ampliação e potencialização do sujeito e da vida através da arte se dá exatamente por que as linguagens artísticas tais como a dança, o teatro, as artes plásticas, entre outras, são ferramentas de expressão que auxiliam na recomposição dos universos de subjetivação (Castro & Silva, 2002).

Para Rolnik (2010) o processo subjetivo não se relaciona apenas com um modo de ser, de pensar, de agir, de sonhar, de amar, etc. A subjetividade não pode ser compreendida unicamente como aquilo vivenciado internamente, é preciso compreender que existe um conjunto de forças/fluxos, entre o sujeito e o meio externo- expressado pelo universo cultural - que se articulam e compõem os meios variáveis que habitam a subjetividade: meio profissional, familiar, sexual, econômico, político, cultural, turístico, etc., num movimento fluido. Assim, surgem diversas configurações que variam ao longo do tempo e fazem diferentes ligações entre si.

Ao falarmos de processos de subjetivação na clínica da Terapia Ocupacional, valorizamos a singularização do indivíduo e o rompimento com a lógica de *produção de subjetividade*.

Segundo Guatarri (citado por Guimarães & Meneguel, 2003), os sujeitos resultam de uma produção em massa, serializados e fabricados no contexto do social para atender as demandas de um sistema sócio-político estabelecido, dessa maneira os processos de subjetivação funcionam como máquinas de produção de subjetividade.

Entende-se que a subjetividade é um lugar de produção real - e do real - da riqueza econômica, social e cultural. O capitalismo, por sua vez, reconhece o poder concreto da subjetividade e a captura como um instrumento de reafirmação da lógica dominante, criando assim a produção de subjetividade, através da "manipulação" do cotidiano, que define modos homogêneos do sujeito ser e estar no mundo, interferindo nas relações político-culturais, econômicas e sociais (Candido, 2010; Guimarães & Meneguel, 2003).

Assim, entendemos que ao propor a recomposição dos universos de subjetivação, Castro e Silva (2002) se referem à criação de ações que possibilitem movimentos de singularização capazes de gerar resistências e rupturas nas cadeias homogêneas de produção de subjetividade.

Os processos de singularização funcionam como alternativas aos modos de manipulação pré-estabelecidos, visto que reconstruem distintas maneiras de relações entre os entes (Guimarães & Meneguel, 2003).

Nesse sentido, acreditamos na potência dos universos cultural e artístico, pois são capazes de criar forças inéditas de relações que ganham sentido e valor.

O universo cultural e artístico aqui, constituem-se de cartografias musicais, corporais, teatrais, literárias, cinematográficas, plásticas e etc. Portanto, trilha o caminho que coloca a arte enquanto importante recurso para a prática de uma Terapia Ocupacional comprometida com o sujeito e suas potencialidades.

Essa perspectiva de atuação compreende:

A conexão de espaços diferentes, sujeitos diferentes, projetos singulares e a aproximação de culturas diversas (...). Trata-se de construir com cada paciente, junto com ele, uma trajetória singular, um projeto de vida, uma forma de sair das malhas aprisionantes, de uma vida relegada a espaços muito restritos e estreitos. Trata-se de ampliar a vida,

buscar interlocuções, conexões, favorecer encontros, possibilitar trânsitos novos, empreender um conjunto de ações que se tornarão uma nova “ponte” de interação do sujeito com a época e o local no qual vive, configurando assim, a partir das atividades uma nova entrada social (Castro, Lima & Brunelo, 2002, p. 57).

É importante destacar que quando falamos em arte estamos nos debruçando sobre sua concepção mais ampla. A arte, desde seus primórdios, apresenta inúmeras funções sociais, dentre elas a de atuar como documento histórico que narra o cotidiano em diferentes períodos e lugares.

Uma de suas características mais valorizadas socialmente é a estética, a concepção de que arte serve para o deleite e para o prazer, enaltecendo o espírito dos que seriam capazes de apreciá-la e valorizá-la como tal (Camargo, 2008).

No contexto terapêutico a arte também é compreendida como um meio para se estabelecer comunicação. Para Melo (2007) “a compreensão terapêutica dessa linguagem pode levar a experiências altamente significativas e valiosas para a integração do ser humano” (p.162). Isso não quer dizer que o fazer arte tenha sempre, e por natureza, o aspecto terapêutico, como pensam muitos profissionais de saúde ao desenvolverem uma visão idílica do uso da arte, crendo que esta vivência proporciona ao sujeito a experimentação de um estado de alma superlativo, capaz de promover sua expiação catártica e equilíbrio (Camargo, 2008).

Existe um potencial terapêutico na arte, mas não se trata da eliminação do sofrimento, e sim da possibilidade de enfrentar as dificuldades da procura e da alegria de encontrar algo (...). A necessidade humana de transformar a realidade busca na arte um canal de expressão (Cavalcanti, 2003, p.119).

O aspecto terapêutico da arte se torna presente a partir do momento em que o indivíduo é mobilizado para criar e, através disso, experimenta expectativas, medos e

aspirações que lhe possibilitam enveredar por novos caminhos e dialogar com o passado, ao mesmo tempo em que possibilita viver a realidade no aqui e agora, levando-o a experimentar a novidade (Pimentel & Elmescany, 2009).

Nesse sentido, não se pode estabelecer uma relação imediatista entre o fazer arte e o caráter terapêutico desta ação. Entretanto, a partir do fazer artístico é possível resgatar experiências que ficaram destituídas de significados ou criar novos sentidos e significados para experiências vivenciadas (Castro & Silva, 2002).

Segundo Guatarri (citado por Costa, 2000), no contexto da arte, o processo de criação ultrapassa o universo artístico e se amplia para os acontecimentos da vida cotidiana, enriquecendo-os. “O ato artístico e o ato criador, em consonância, agem em prol do desenvolvimento do potencial criativo, inato e inerente a todo ser humano. Aquele que cria na arte, cria na vida” (Melo, 2007, p.159).

Assim, ao se apropriar das atividades expressivas e artísticas, a Terapia Ocupacional não pretende transformar os sujeitos que realizam as atividades em bailarinos, atores, pintores, escultores e etc. Trata-se de criar ações que promovam a construção de um sentimento de pertencimento em relação às comunidades, culminando em alterações nos modos de convivência em família, em maior circulação na rede social e cultural e etc. Essas estratégias são capazes de sustentar os processos de subjetivação através dos quais se deseja construir pontes e lugares que permitam ao sujeito se constituir e interferir na sua comunidade (Lieberman, 2002).

A partir dessas reflexões é que esta pesquisa se propôs a experimentar, dentro de um contexto do sistema de saúde pública brasileiro, diferentes modos de atenção à saúde do sujeito infectado pelo HIV. Pretendemos com isso ampliar as discussões acerca das formas de intervenção da Terapia Ocupacional com esta clientela, a partir de uma ação em saúde em que a vida, em todas

as suas possibilidades e potencialidades, seja o valor de referência para a prática.

3. Método

Pesquisa qualitativa de orientação fenomenológica, buscou compreender os sentidos atribuídos pelos sujeitos ao processo de participação em um grupo de atividades expressivas, realizado semanalmente de Abril a Junho de 2010 no setor de Terapia Ocupacional da Unidade de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais (URE DIPE) de Belém.

Os usuários deste serviço são originários de todo o Estado do Pará, sendo a Unidade de referência para atendimento ambulatorial aos infectados pelo HIV. Os usuários, em geral, são encaminhados pelos serviços de atenção básica ou chegam à instituição por demanda espontânea.

Os critérios de inclusão foram: ser portador de HIV, utilizar os serviços oferecidos pela URE DIPE e aceitar participar da pesquisa assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os participantes da pesquisa foram 03 usuárias da URE DIPE, na faixa etária entre 45 e 55 anos. Tais mulheres já compunham uma cooperativa que se originou no espaço da unidade a partir de oficinas de artesanato. A cooperativa intitula-se “Vivendo, Convivendo e Vencendo com HIV” – VICONVE - e é fonte de renda para a maioria dessas usuárias.

O número reduzido de informantes se justifica pelo número de óbitos (3) e de abandono (2) ocorridos no transcorrer da pesquisa, que iniciou com um grupo composto por 08 mulheres.

a) O grupo de atividades expressivas

A metodologia adotada nos encontros afinou-se com a teoria de grupos operativos de Pichon-Rivière. Esses grupos estão voltados para estratégias de promoção de saúde e objetivam o bem-estar tanto físico quanto emocional, através da mobilização de

processos de mudanças (Castro & Silva, 2007).

Os grupos operativos se organizam a partir da realização de uma tarefa que pode apresentar enfoque de caráter terapêutico ou no processo de ensino-aprendizagem (Ritter, 2009).

Os encontros iniciavam com uma dinâmica de integração, composta da vivência de uma dança circular. Em seguida apresentava-se a atividade a ser realizada e os materiais disponíveis. Estabelecido o contrato quanto ao tempo de realização da atividade os participantes ficavam livres para explorar seu potencial criativo que culminaria em um resultado a ser socializado ao final do encontro.

Concomitantemente, cada participante era estimulado a relatar sua experiência vivenciada no processo de criação e falar sobre os sentidos e significados que atribuía a sua produção. Os encontros eram sempre finalizados com uma dinâmica de encerramento denominada de “vibração de palavras”, que consistia em cada participante escolher uma palavra, tais como amor, fé, saúde, etc., e uma a uma essas palavras eram vibradas pelo grupo, ou seja, a palavra era repetida de uma só vez e em voz alta.

A obtenção dos dados foi realizada a partir de entrevista semi-estruturada e da observação do processo grupal.

4. Análise e discussão dos dados

Para a análise dos dados foram construídas duas categorias de análise geral, das quais procedemos a análise dos discursos das informantes.

Para nos referirmos às informantes e seus discursos, utilizaremos nome de artistas plásticas consagradas: Frida Kahlo, Tarsila do Amaral e Camille Claudel.

a) Nada do que foi será de novo do jeito que já foi um dia...

Esta categoria de análise se refere ao processo vivenciado pelo sujeito a partir do

diagnóstico, evidenciando as dificuldades acerca de sua aceitação, bem como a capacidade de se adaptar ao viver com o HIV, inclusive com suas implicações no cotidiano.

A dificuldade de aceitação e adaptação ao diagnóstico de soropositividade apresenta forte relação com as representações sociais acerca da doença. Barbará, Sachetti e Crepaldi (2005) afirmam que a pessoa infectada pelo HIV, além de estar sujeita ao sofrimento físico, convive também com o sofrimento social gerado pelo olhar excludente que implica em como o sujeito vivencia seu cotidiano. Receber o diagnóstico de infecção pelo HIV acarreta uma série de mudanças em diversos âmbitos da vida do sujeito, gerando sentimento de exclusão e dificuldade de inserção no mundo (Kahhale, 2010).

O discurso de Frida Kahlo corrobora com essa ideia ao explicitar: *“eu descobri o hiv na minha vida aí eu preferi me reservar (...) então o que acontece é que eu fui me reservando porque era muita perseguição, entendeu? Não que eu quisesse, nunca fui reservada, sempre fui muito dinâmica, extrovertida. Meu jeito sempre foi esse, e aí nesse momento eu passei uns três ou cinco anos reservada mesmo né?”*

Sobre a mesma temática Tarsila do Amaral afirma: *“me sinto assim...limitada por medo meu mesmo, porque eu deixei minha vida profissional(...). Eu era uma vendedora de outdoor, de anúncio de jornal (...). Eu larguei, pra mim parece que a pessoa ia ver que eu tinha, sabe? Por preconceito meu e até agora não procurei mais (...). Aí até agora, sete anos se passaram, e eu não retomei minha vida profissional”*.

Camille Claudel ainda relata: *“Me afastei do meu grupo, eu não tinha vontade de compartilhar mais”*.

Ao receber o diagnóstico do HIV, as mudanças de vida e condução de situações, estão intimamente relacionadas ao estigma atribuído à doença, refletindo em atitudes preconceituosas da sociedade para com o sujeito e do sujeito para com ele mesmo. A auto - estima baixa e o medo de seu

diagnóstico se tornar público são comportamentos frequentemente observados em pessoas que vivem com HIV/AIDS (Sales, 2009).

De acordo com Kern (2001), a pessoa que vive com HIV/AIDS, de uma maneira geral, tem sua história de vida permeada por medo e sofrimento, vivenciando perdas que criam representações de isolamento, em meio a um contexto social que é por si só, excludente e discriminador. As crenças equivocadas a respeito da doença surgem nos discursos como um dos fatores que contribuem para a discriminação sofrida.

Nesse sentido, ao ser questionada sobre o que pensa a respeito de si, Tarsila do Amaral reflete: *“preconceituosa comigo mesma, pois deixei minha vida profissional, emocional e sexual...”*.

Bandeira e Batista (2002) afirmam que o preconceito pode interferir em todas as esferas da vida, a partir do entendimento de que o mesmo se configura como uma lógica atuante sob as relações estabelecidas no convívio social. O preconceito pode repercutir na subjetividade do sujeito, criando isolamento e redução das possibilidades de compartilhar vivências sociais no campo do lazer, trabalho, sexualidade e etc.

Durante muito tempo, receber o diagnóstico positivo de HIV foi encarado como sinal de morte iminente. No entanto, com os avanços no tratamento, a AIDS passa a ser caracterizada como uma doença crônica, assim, os sujeito convivem períodos prolongados com este diagnóstico, muitas vezes sem manifestações sintomatológicas importantes.

Barbará, Sachetti e Crepaldi (2005) referem que as atitudes das pessoas são passíveis de mudanças e transformações através da informação e da experiência; assim, pessoas diferentes têm atitudes diferentes diante do mesmo objeto e estas avaliações podem mudar ao longo do tempo. Dessa forma, observamos que a adaptação ao diagnóstico de HIV reflete comportamentos diferentes àqueles adotados imediatamente após sua descoberta.

Frida Kahlo refere: *“Minha vida mudou muito desde quando assumi de verdade o HIV, parece que tirei um peso das minhas costas. Comecei a olhar o outro e não tive mais medo. Percebi que o maior preconceito mesmo era eu que estava criando”*.

E prossegue: *“até me acostumar com a ideia, com as coisas, entender as pessoas, eu me reservei. Hoje eu já tenho outro entendimento de vida, eu saio mesmo, aproveito a vida, entendeu? (...) o dia começa, eu tenho que aproveitar esse dia, entendeste? Porque antes eu achava que naquele dia eu ia morrer, naquele dia eu ia morrer. Hoje em dia eu vejo que não. Tu não sabes, num sei o dia, nem a hora, nenhum de nós...”*.

E ainda: *“eu acho que eu precisava me sentir gente, entendeu? Quando eu me senti gente mesmo...pô...eu também sou filha de Deus, o mundo é meu também, por que eu vou me esconder? Aí foi quando eu resolvi mostrar minha cara, em relação ao HIV, aí pronto, me senti maravilhosa, eu mudei, eu senti que eu era feliz e...sabe? E comecei a não ligar se alguém me rejeitava, eu nem ligo, entendeu? Aí eu fiquei feliz, mais feliz do que eu já era”*.

Outro fator importante é o papel da família. Para Souza, Kantorski e Bielemann (2004) a família da pessoa que vive com HIV/AIDS deve representar uma fonte de cuidado e ajuda, contribuindo para seu equilíbrio físico e mental.

As participantes da pesquisa, ao serem questionadas sobre a qualidade de suas relações familiares, afirmam:

“O melhor possível, consigo falar, escutar, e dentro das possibilidades ajudar e ser ajudada” (Frida Kahlo).

“Me sinto bem em saber que sou aceita pela minha família e amigos, sem discriminação” (Tarsila do Amaral).

“Sou portadora, mas a minha família não me despreza” (Camille Claudel).

É importante destacar que o comportamento das famílias é afetado pelos significados culturais atribuídos à doença. Cada família interpreta a situação de um modo singular a partir de seus códigos, regras

e processo de comunicação entre os membros, porém sabe-se que esse conjunto de fatores pode afetar o comportamento da família de modo que o sujeito seja discriminado e excluído do grupo familiar (Souza, Kantorski & Bielemann, 2004).

A sexualidade foi outra questão que surgiu com veemência no discurso das informantes. Trata-se de uma dimensão da vida referente a um fenômeno existencial que extrapola o âmbito genital, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais (Souto, 2009).

Receber o diagnóstico de soropositividade pode gerar, no primeiro momento, uma destruição significativa em vários aspectos da vida do indivíduo, inclusive na sexualidade (Saldanha, 2003).

O medo da transmissão sexual do vírus HIV, tanto em pessoas infectadas quanto em não infectadas, aumentou significativamente, e com isso é comum encontrarmos indivíduos soropositivos que tiveram sua vida sexual modificada total ou parcialmente (Freitas, Gir & Rodrigues, 2000).

Sobre essa questão Tarsila do Amaral comenta: *“ah...isso aí...não tenho [refere-se à vida sexual] (pausa) há sete anos, então eu não procurei...” “desde quando eu descobri não procurei mais ninguém, não tive relação com ninguém...” “(...)eu namorava muito, era muito namoradeira.”*

Souto (2009) ressalta que a sexualidade constitui um elemento determinante nas relações sociais, portanto o comprometimento desse aspecto interfere no processo de superação do estigma relacionado à infecção pelo HIV e, conseqüentemente, no desejo de alcançar o sentimento de “normalidade” social.

Diz Tarsila do Amaral : *“tenho uma irmã que tem cuidado excessivo comigo, que eu já não gosto (...). Não quero ser tratada assim, quero ser tratada como qualquer outra pessoa (...) Não quero ser tratada com diferença...”*

Observa-se que o sujeito passa por um processo de adaptação ao diagnóstico, que caracteriza-se por diferentes fases e maneiras

de lidar com a vida e questões relacionadas a sexualidade. Portanto, assim como alguns indivíduos interromperam totalmente sua vida sexual outros a mantêm ou a retomam após algum período, inclusive mantendo relações com parceiros sorodiscordantes (Paiva, 2002; Souto, 2009).

Frida Kahlo diz: “eu tenho uma vida sexual bem ativa, entendeu? Bem ativa mesmo...”

Souto (2009) ainda enfatiza que, em uma relação conjugal estável entre sorodiscordantes, é comum surgirem preocupações em relação à possibilidade de transmissão do vírus para o parceiro não infectado, e que uma estratégia disponível para atenuar esta problemática é o uso de preservativo.

“Morria de medo. Eu tinha medo porque ele não é soropositivo, então, eu tinha muito medo” (Frida Kahlo).

“...tem que usar camisinha e aí...é...nós tivemos uns dois acidentes que...assim não colocar direito, a camisinha romper, correr pra lavar, aquela confusão entendeste? Nós tivemos essa dificuldade, mas depois com o tempo a gente foi vendo que não era...vamos relaxar...que não é bem assim...acostumamos”.

Destacamos também que é comum observarmos que a desigualdade entre os gêneros masculino e feminino foi responsável por produzir historicamente uma submissão e inferiorização da mulher, resultando em menor liberdade sexual em relação à mulher e, conseqüente, menor poder de decisão a respeito do uso de preservativo (Silva & Vargens, 2009).

E nesse aspecto diferencial de gênero, a união estável pode apresentar um valor significativo no que se refere à infecção pelo HIV. Souto (2009) afirma que determinadas crenças e valores morais atribuídos à relação conjugal, geralmente ligados à cumplicidade, ao amor, à fidelidade e ao respeito mútuo, pressupõem que ao serem assumidos tais compromissos, os indivíduos estariam protegidos da infecção.

Tal percepção acaba por desvalorizar a importância do diálogo a respeito da sexualidade e saúde sexual. Talvez este seja um dos principais fatores que contribuem para o aumento do número de mulheres contaminadas pela via sexual, através de relação com parceiros fixos (Giacomozzi & Camargo, 2004).

Um estudo realizado por Silva e Vargens (2009) apontou que a maioria das mulheres pesquisadas que mantinham relação conjugal estável entediam que doenças sexualmente transmissíveis, incluindo-se neste grupo a infecção pelo HIV, são próprias de “mulheres da vida” ou mulheres que mantêm relação sexual com vários parceiros, julgando o risco de serem infectadas quase nulo. A mesma pesquisa apontou que é comum essas mesmas mulheres atribuírem o risco de infecção às pessoas que não mantêm uma relação conjugal, aumentando a vulnerabilidade deste grupo à infecção.

Portanto, entendemos que a sexualidade do indivíduo infectado pelo HIV se relaciona com vários aspectos de sua vida, desde posturas individuais a contextos sociais, podendo ser um fator gerador de angústias. No entanto, a maneira de vivenciar este aspecto é singular.

b) Giro um simples compasso e em um círculo eu faço o mundo...

Nesta unidade analisamos como os sujeitos foram afetados pelas vivências no grupo de Terapia Ocupacional e como entendemos este processo enquanto prática de produção de saúde.

Ao optarmos pela abordagem grupal, tomando por referência a tese de que “o grupo se constituiria como matéria-prima para a compreensão do sujeito, das articulações entre questões intrapsíquicas e as determinações concretas, situadas a partir do lugar deste sujeito na estrutura social” (Fernandes citado por Samea, 2008, p. 86).

Intervenções grupais exploram a capacidade do indivíduo no sentido de desenvolver um senso mais positivo sobre si

próprio, promovendo o aumento de auto-estima e a produção de novos significados (Rasera & Japur, 2003).

Frida Kahlo afirma: “acredito e ponho em prática, que viver em grupo é primordial na vida do ser humano”.

Tarsila do Amaral comenta em relação a sua participação no grupo de Terapia Ocupacional: “(...) me ajudou mais, a parte assim...da auto-estima (...).

Em relação aos sujeitos infectados pelo HIV, Rasera e Japur (2003) ainda afirmam que o grupo configura-se como uma forma de apoio e encorajamento, diminuindo seus medos, ansiedades e sensação de isolamento e dessa maneira proporciona novas formas de lidar com o HIV/AIDS.

Camille Claudel diz: “*Me sinto bem quando tô do lado do meu grupo*”. E ainda: “*eu gostei de participar com vocês, eu me sinto muito aliviada dos problemas*”.

Tarsila do Amaral relata uma nova forma de compreender o grupo, a partir de suas vivências na Terapia Ocupacional: “*É, vi isso no grupo, que a gente tem que se gostar mais, pra poder as pessoas gostarem da gente, né? E também a parte da união (...) ser mais unidas (...) pra gente viver em grupo a gente tem que aceitar as limitações de cada um*”.

Frida Kahlo ressalta: “*...é importante (...) para nós que estamos participando e assim a gente vai conhecendo coisas novas, pessoas novas, pra gente é importante*”.

Com esses relatos percebemos que a vivência em grupo proporciona também um sentido de estar no mundo, visto que segundo Lima (2007):

Viver no mundo comum implica compartilhar coisas fundamentais à vida humana: usufruir da presença dos outros; ver e ouvir os outros e ser visto e ouvido pelos outros; experimentar a realidade que advém de ser visto e ouvido pelos outros; ligar-se e separar-se deles por um mundo comum de coisas; realizar algo que ao introduzir-se no mundo, ultrapassa a própria vida individual (p.5).

Com as atividades propostas no grupo, buscamos afinar nossa prática com as ideias propostas por Kahhale (2010). Em relação à assistência ao sujeito infectado, o autor propõe:

Ações na comunidade em que o equipamento de saúde se insere de forma a estimular a quebra da estigmatização, ações educativas em que se potencializam as trocas e construções coletivas; apreensão de valores grupais para avaliá-los e redimensioná-los na direção da cidadania; questionamento dos papéis tradicionais (...); promoção de abertura para possibilidades criativas e emancipadoras. Ações em que o foco é a história pessoal de cada usuário (...). Aqui se parte dos sentidos pessoais para processá-los, resignificando-os em direção à construção de diálogos com escutas abertas, de um olhar para o outro com seus potenciais e limites e não de forma idealizada (que aliena), da identificação das próprias potências e limites, de promoção de diálogos familiares, onde as relações vinculares possam ser re-significativas e criativas. Enfim, cada um apropria-se de seus sentimentos, pensamentos e ações em direção à autonomia e cidadania (p. 71).

Assim foi proposto uma prática em Terapia Ocupacional que se apropriou da arte como meio de garantir ao sujeito o exercício de suas potências de criação e produção humana. Queremos, dessa maneira, pensar a vida humana no singular e coletivo, pela via da ação transformadora e capacidade de agir sobre o mundo (Quarentei, 2007).

A experiência da arte possibilita a exploração do potencial criativo, proporciona oportunidades de expansão de si mesmo; de vivenciar a alegria e o prazer das descobertas de novos significados de histórias de vida, novas formas de estar e interagir no mundo. Castro e Silva (2007) entendem que ao realizar a interface de Arte e produção de saúde, no contexto da Terapia Ocupacional, é possível observar “uma gradual ampliação dos sujeitos com a vida, com o ambiente, com os outros, e com a própria subjetividade” (p.103).

Frida Kahlo fala: *“aliado a tudo estou fazendo Terapia Ocupacional, onde dançamos, brincamos, fazemos teatro, relaxamos. Enfim, é um momento também maravilhoso, onde consigo extravasar minhas alegrias, prazeres... quero também relatar que esta oportunidade é única e estou aproveitando ao máximo”*

Tarsila do Amaral: *“o que está me fortalecendo é a convivência com as colegas da VICONVE [Cooperativa “Vivendo, Convivendo e Vencendo com HIV”] e a Terapia Ocupacional, que me faz encenar teatro, decorar lata, dançar, escrever mensagens para outros colegas. Está sendo muito bom, e também por fazer amigos, que é o que eu gosto de fazer.”*

As vivências propostas no grupo objetivaram provocar uma aproximação do sujeito com seu corpo.

Liberman (2007) acrescenta que a aproximação com o próprio corpo, com o corpo do outro e com o espaço, cria acontecimentos em diferentes níveis de intensidade, podendo mobilizar afetos, pensamentos, imagens, memórias, que podem ser reconhecidas e compartilhadas pelo grupo.

Tarsila do Amaral relata: *“gostei muito, deu pra gente espairar mais, e também pra gente descobrir... pensando que eu não ia mais lembrar daquele meu episódio, que eu falei aqui, da minha gravidez, como aconteceu... que foi bom tá falando de novo.”* E ainda: *“sinto-me de volta há tempos atrás”*.

Liberman (2007) ainda ressalta que essa aproximação com os corpos, através da Arte - que segundo Guatarri (1994), atua como espaço de criação transformadora do mundo em que se vive, criando a própria existência e a si mesmo - pode inaugurar repertórios existenciais até então desconhecidos que se solidificam e podem ser expressos, criando também pequenos eventos que podem reverberar em outros modos de funcionar, viver e se apresentar frente ao outro.

Quarentei (2007) entende que em Terapia Ocupacional, nesses encontros ou aproximações, como se refere Liberman

(2007), os corpos são indivíduos, grupos, matérias, técnicas, atividades, intensidades, atravessamentos, fluxos e mundos, que “efetuam suas potências, e o efeito dos encontros dos corpos são: novos corpos. Pode ser novo corpo que fez/faz valer um sentido, seu movimento ... que afirma sua potência, e no encontro compõe-se (...)” (Quarentei, 2007, p. 10).

“Gostei de conhecer meu corpo, relaxá-lo, dançar... puxa que barato, amei! Me senti tão à vontade que me envolvi com ele” (Frida Kahlo)

“Aquele representação da historinha, eu pensei que eu nunca ia fazer uma representação assim. Eu sou professora, lecionei, mas representar, tipo uma peça, como nós fizemos, né? Achei que eu não era capaz...” (Tarsila do Amaral).

Entendemos que essa aproximação do corpo em arte se configura como prática associada à produção de saúde, em que há um enriquecimento na qualidade das vidas, transformações do cotidiano, posto que o despertar e o acolhimento das vivências do criativo inauguram novas processualidades (Castro & Silva, 2007).

“Algo novo sempre acontece, com a fruição da criação, novas formas surgem, novas conexões sócio-culturais se processam” (idem, p. 103).

Percebemos esse processo no relato de Frida Kahlo e Tarsila do Amaral, quando falam sobre interferências e/ou alterações em seus cotidianos, desencadeadas pelas vivências no grupo.

“Como eu trabalho com outro grupo, eu dei uma mudada no meu grupo em si, né? Levei dinâmicas pro grupo, algumas que vocês trouxeram, que eu achei interessantíssimas (...). Tem, inclusive, uma atividade que vocês ensinaram pra gente, das mãos, da 'olá, como vai' [refere-se à dinâmica de abertura dos encontros]. Eu trabalho com catequese, com jovens... aquele 'olá, como vai' achei muito interessante, porque eu já trabalhei muito com dinâmicas, e eu vou te confessar, eu tô meio esquecida, então quando eu aprendo uma que eu acho que é interessante colocar

em grupo... e eu gostei demais das dinâmicas que vocês colocaram, muito interessante" (Frida Kahlo).

"Eu fiz a latinha. Eu não joguei fora [refere-se à atividade realizada no 4º encontro], minha lata tá lá. Eu fico olhando as palavras que as pessoas escreveram pra mim, entendeu? Quer dizer, uma mudança pra mim, porque eu andava meio esquecida de algumas coisas. A latinha tá sendo importante pra mim porque me faz puxar outra coisa que é a Bíblia, né? Então eu tenho que ler, tenho que ler, então eu comecei a ler. Eu peguei exatamente aquelas coisas que as pessoas escreveram junto com algumas passagens da Bíblia, e vou lendo" (Frida Kahlo).

Ao responder ao questionamento "O grupo lhe ajudou em algum aspecto da sua vida?", Frida diz: "Sim, a vibração... [refere-se à dinâmica de encerramento dos encontros - vibração das palavras] você vibrar alguma palavra de ordem no dia, achei interessante isso... você realmente precisa ter a vibração na sua vida, que é um objetivo que tu queres, e às vezes a gente não coloca os objetivos e eles vão passando, eu gostei muito dessa parte".

Tarsila do Amaral relata: "(...) tudo isso foi positivo pra mim, gostei muito (...) saber que a gente é capaz de fazer alguma coisa que não sabia". Ainda afirma: "eu quero mais agora cuidar de mim um pouco".

Camille Claudel ressalta: "Me senti mais animada, feliz".

Espinosa (citado por Lima, 2009) diz que sentimos alegria ao percebermos ampliação de nossa realidade e da nossa capacidade de agir e pensar. Mesmo em situações adversas o sujeito tem a capacidade de preservar na existência a busca por bons encontros com pessoas, com matérias, com o mundo, criando assim, a imagem de vida positiva e afirmativa (Deleuze citado por Lima, 2009).

Para Castro (2004) a arte se apresenta como um mecanismo gerador de alegria, posto que possibilita ao sujeito transitar por um campo de aquisições e habilidades.

Diante disso, é possível pensar saúde para muito além do bem-estar biológico,

como "experiência de criação de si mesmo e de modos de viver" (Benevides & Passos, 2005). Para Lima (2009) a saúde não pode ser pensada de forma alheia às trocas sociais e circulação pelo meio da cultura.

Wilcock (citado por Castro, 2004) ressalta que a promoção da saúde deve apoiar o desenvolvimento pessoal e social, incluindo a necessidade de re-orientação da assistência em saúde, no sentido de ultrapassar a atenção clínica e medicamentosa e desenvolver atividades promotoras de saúde. Nesse contexto existe uma relação primordial entre saúde e ocupação, na medida em que a ocupação configura-se como meio através do qual as pessoas realizam suas aspirações, satisfazem suas necessidades e interagem com o ambiente, mantendo assim, o equilíbrio entre as capacidades física, mental e social que se relacionam com os significados individuais atribuídos às ocupações.

É nesse sentido que propomos nesta pesquisa uma prática em Terapia Ocupacional que compreende saúde e seu processo de produção a partir da ampliação da capacidade do sujeito de realizar conexões, inserindo-se ativamente em seu contexto sócio - cultural, em constante construção de si, de suas particularidades e da forma de lidar, manter e cuidar de sua saúde.

6. Considerações Finais

No primeiro momento foi o contato. A descoberta da possibilidade da arte em Terapia Ocupacional. A necessidade de vivenciá-la e compreendê-la enquanto um processo de produção de saúde.

Depois veio o encontro. O contagiar-se. O juntar de mãos. O partilhar as ideias, os sentidos, as motivações. Entre desenlaces, veio a busca pelo mesmo tom, pela harmonia. Foi assim que nos encontramos no mesmo compasso. E decidimos criar o ritmo a partir de uma prática voltada ao sujeito infectado pelo HIV. Começa a surgir a canção.

Em prelúdio, chegamos a URE DIPE onde nos encontramos com gestos, olhares,

histórias, vidas pulsando, universos femininos que iam desenhando suas próprias partituras. Então nos propomos a compor junto, pedindo licença para rabiscar, partilhar as mesmas notas, dançar o mesmo ritmo e ainda inventar outras melodias. O prelúdio chega ao fim.

Para compor a canção ainda seria necessário a letra. Escrever aquilo que seria incorporado à melodia que ia se compondo. Assim experimentamos também, como o que propomos, a alegria e o prazer das descobertas, inerentes ao processo de criação. Bem como suas tensões, graves e agudos. Para tanto, nosso universo musical foi atravessado por outras linguagens e outras composições como aquelas compostas pelos autores que nos permitimos dialogar.

Ao sermos afetados por estas melodias foi que nos propusemos a pesquisar como a Terapia Ocupacional pode criar esses espaços e com que propriedade se utiliza das atividades artísticas enquanto recurso para uma clínica preocupada com o sujeito em seu grupo social, do qual participa através do agir no mundo. Foi assim que nos mobilizamos pelo assujeitamento da população infectada pelo HIV aos processos de exclusão e vulnerabilidade social os quais, pudemos perceber, têm sua origem nas representações sociais acerca desta problemática e na história da epidemia.

Compor esta canção nos possibilitou compreender que as atividades artísticas/expressivas podem atuar enquanto ferramentas no processo de produção de saúde no universo de possibilidades em Terapia Ocupacional, a partir da compreensão de que a saúde também está relacionada com a ampliação e potencialização da vida e com o aprofundamento da experiência do viver, promovendo qualidade de vida.

Entendemos que as atividades artísticas atuam como elemento articulador entre o sujeito e sua comunidade, produzindo encontros e diálogos entre indivíduos. Em Terapia Ocupacional, a realização dessas atividades se caracteriza como um campo de experimentações, que funciona como fio condutor de uma história peculiar num

processo dinâmico, estabelecendo relações que envolvem a construção da qualidade de vida, posto que essas vivências possibilitam ao sujeito transformar elementos de sua realidade em novas configurações (Castro, Lima & Brunello, 2001).

A participação em atividades corporais e artísticas, que têm um lugar na cultura, como prática social, e a seriedade no acompanhamento de um trabalho de criação e de exploração de novas vias existenciais, proporcionam a inclusão do indivíduo em grupos e redimensionam a intervenção em saúde, possibilitando aos sujeitos reconectarem necessidades concretas e aspectos globais do seu desenvolvimento e à produção de uma saúde dinâmica, complexa (Castro, Lima & Brunello, 2001, p. 53).

Retomamos aqui a tese de Winnicott que, ainda em 1975 em sua obra "O Brincar e a Realidade", elucidou a ideia de que saúde se relaciona com a possibilidade de experimentar a criatividade e a capacidade de ter experiências culturais.

Portanto, observamos que a partir dessa perspectiva em Terapia Ocupacional, é possível oferecer ao sujeito infectado pelo HIV uma assistência cujo olhar se volta para a recomposição dos universos de subjetivação, auxiliando a construção e/ou modificação de significados das experiências vividas, bem como inaugurar novos modos de interagir no mundo, afetar e ser afetado por ele, num movimento contínuo que é a construção do seu cotidiano.

Essa maneira de fazer Terapia Ocupacional pressupõe que o valor terapêutico da ocupação está na possibilidade de ativação de valores, motivos pessoais, interesses, papéis, hábitos e habilidades. Com isso, o papel da Terapia Ocupacional reside no auxílio à aquisição de novos interesses, objetivos e hábitos, reorganizando assim os sistemas de ocupação, que desenhem o cotidiano de cada indivíduo (Castro, 2004).

Com esse enredo, a letra está pronta. Os arranjos postos. A harmonia tomando seu ritmo. Os timbres ecoando. Compasso a

compasso, a canção está composta. Entoando, aos nossos ouvidos, alegria e encantamento. Hoje, ouvindo essa canção, surpreendidas, descobrimos e desejamos que ela se torne novamente prelúdio, que os acordes continuem vibrando, para que outras vidas sejam sonorizadas, outros corpos tocados, enfim, que outras obras sejam compostas, a fim de alimentar outros terapeutas ocupacionais na busca por uma nova composição em produção de saúde.

Referências Bibliográficas

- Almeida, M. R. C. B (2004). A história silenciosa das pessoas portadoras do HIV contada pela História Oral. Curitiba: *dspace*. Recuperado em 9 de maio, 2010, de http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/1469/1/maria%20rita_final.pdf.
- Ballarin, M.L.G. (2007). Abordagens grupais. In: A. Cavalcanti. & C. Galvão, (Orgs.). *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática* (pp.38-43). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Bandeira, L. & Batista, A. S. (2002). Preconceito e discriminação como expressões de violência. *Rev. Estudos Feministas*. 10(1), 119-141.
- Benevides, R., & Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10(3), 561-571.
- Barbará, A., Sachetti, V. A. R., & Crepaldi, M. A. (2005). Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. *Rev. Interação em psicologia*. 9(1), 331-339. Recuperado em 03 de setembro, 2010, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/4783/3670>.
- Camargo, I. A (2008). As terapias e a arte: um olhar sobre as relações entre o ensino de artes plásticas e a saúde. In: *17º Encontro Nacional da Associação Nacional de Pesquisadores em Artes Plásticas Panorama da Pesquisa em Artes Visuais*. Florianópolis.
- Recuperado em 03 de Julho, 2010 de <http://www.anpap.org.br/2008/artigos/104.pdf>.
- Candido, C. *Uma subjetividade polifônica*. Recuperado em 10 de Julho, 2010 de <http://www.caosmose.net/candido/unisinos/extos/subjetividade.pdf>.
- Castanha, A. R (2006). Aspectos psicossociais da vivência da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. *Estud. Psicol.*, 51 (1), 47-56.
- Castro, E. D. & Silva, D. de M. (2007). Atos e fatos de cultura. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 18(3), 102-112.
- Castro, E. D. & Silva, D. M (2002). Habitando os campos da arte e da terapia ocupacional: percursos teóricos e reflexões. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 13 (1), 01-08. Recuperado em 03 Julho, 2010, de http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042002000100002&lng=pt&nrm=iso.
- Castro, E. D. (2004). Análise de Atividades: Apontamentos para uma reflexão Atual. In M.M.R.P, De Carlo, & M.C. M. Luzo, (Orgs.). *Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares* (pp. 47-73). São Paulo: Roca.
- Castro, E. D., Lima, E.M.F.A. & Brunello, M.I.B. (2001) Atividades humanas e Terapia Ocupacional. In M.M.R.P, De Carlo, & M.C. M. Luzo, (Orgs.). *Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e perspectivas* (pp.41-59). São Paulo: Plexus.
- Cavalcanti, A. M. T. (2003). Pode a arte ser terapêutica? Reflexões a partir do trabalho desenvolvido com pacientes da “terceira idade” no ateliê da vida do Instituto de Psiquiatria da UFRJ – IPUB. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 14 (3), 118-22.
- Costa, A.L.B. (2000). O programa permanente composições artísticas e terapia ocupacional

(PACTO): uma proposta de atenção na interface arte-saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 11(2), 45-55.

De Carlo, M.M.R.P, & Bartalotti, C. (2001). Caminhos da Terapia Ocupacional. In M.M.R.P, De Carlo, & C. Bartalotti, (Orgs.). *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas* (pp. 19-32). São Paulo: Plexus.

Filho, C (2009). Acolhimento coletivo: um desafio de novas formas de produzir o cuidado. *Interface- Comunc. Saúde, Educ*, 13 (31), 315-28.

Freitas, M. Y. G. S. (2010) *Representações sociais dos portadores do HIV e dos Profissionais de saúde sobre a AIDS*. Recuperado em 17 fevereiro, 2010, de <http://www.pgenf.ufba.br/mariayana.pdf>.

Freitas, M., Gir, E., & Rodrigues, A. (2000). Compreendendo a sexualidade de indivíduos portadores de HIV-1. *Rev.Esc.Enf.USP*, 34(3), 258-63.

Giacomozzi, A. I., & Camargo, B. V. (2004). Eu confio no meu marido: um estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. *Psic: Teoria e Prática*. 6(1), 31-34.

Guatarri, F. (1994). Práticas ecosólicas e restauração da cidade subjetiva. *Tempo Brasileiro*. 116(1), 9-26.

Guimarães, C. F. & Meneghel, S. N. (2003). Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re- significação do processo saúde- doença no pós-moderno. *Rev. Mal-estar e subjetividade*. 3(2),353-371. Recuperado em 28 de agosto, 2010, de http://www.unifor.br/joomla/images/pdfs/pdfs_notitia/159.pdf.

Kahhale, E. P. (2010). *HIV/AIDS: Enfrentando o sofrimento psíquico*. São Paulo: Cortez.

Kern, F. A. (2001). *Os sentidos das teias e redes sociais no contexto da AIDS*. Tese de

Doutorado em Serviço Social. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

Liberman, F. (1998). *Danças em Terapia Ocupacional*. São Paulo: Summus.

Liberman, F. (2007). *Delicadas coreografias: instântaneos de uma Terapia Ocupacional*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

Liberman, F. (2002). Trabalho corporal, música, teatro e dança em Terapia Ocupacional: clínica e formação. *Cad. Ter. Ocup*. 8(3), 39-43.

Lima, E. M. F. A. (2009). Arte e Cultura na Produção de Saúde: ativação da sensibilidade, promoção de encontros e invenção de mundos. 2009. *2º Seminário Nacional de Humanização: trocando experiências e aprimorando o SUS*. Brasília.

Lima, E. M. F. A. (2007). A Exposição IN PACTO e o viver junto: criação e convivência. In: Castro, E .D. (Org.). *Programa Permanentes Composições Artísticas e Terapia Ocupacional - PACTO - Catálogo Virtual Ilustrado*.

Medeiros, B. (2010). *A influência da participação social e da religiosidade na sobrevivência de pessoas acima de 50 anos HIV+*. Recuperado em 20 de fevereiro, 2010, de http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=374.

Melo, A. J. (2007). A terapêutica artística promovendo saúde na instituição hospitalar. *Rev. Ibérica*. 1(3), 159-189.

Paiva, V. (2002). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad.Saúde Pública*. 18(2), 22-54.

Pimentel, A. & Elmescany, E. (2009). Contribuições da arte-terapia no cuidado com

mulheres em tratamento do câncer de mama. In A. Pimentel, I. B. S. Oliveira, & L. S. Araújo, *Pesquisas qualitativas em Terapia Ocupacional*. Belém: Amazônia Editora.

Quarentei, M. S. (2007). Do criar a criação de territórios existenciais. In: *Anais do X Congresso de Terapia Ocupacional*. Goiânia.

Rasera, E. F., & Japur, M. (2003). Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras do HIV: a construção da homogeneidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 55-62.

Ritter, T. (2009). *Grupos operativos*. Recuperado em 13 de Julho, 2010, de <[http://www.famema.br/capacitacao/grupos operativos.pdf](http://www.famema.br/capacitacao/grupos_operativos.pdf).

Rolnik, S. *Uma insólita viagem à subjetividade: fronteiras com a ética e a cultura*. Recuperado em 15 de Julho, 2010, de [http://caosmose.net/suelyrolnik/pdf/sujetica bourdieu.pdf](http://caosmose.net/suelyrolnik/pdf/sujetica_bourdieu.pdf).

Saldanha, A. A. W. (2003). *Vulnerabilidade e construção de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável*. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo.

Sales, R. A. J. (2009). *Homossexualidades masculina, lazer e hiv/aids: entre a revelação e o encobrimento das identidades*. 2009. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

Samea, M. (2008). O dispositivo grupal como intervenção em reabilitação: reflexões a partir da prática em Terapia Ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 19(2), 85-90.

Seben, G (2008). Adultos jovens portadores de HIV: análise dos processos subjetivos no enfrentamento da doença. *Psic: Rev. Vet. Ed. São Paulo*, 9(1), 63-72.

Siegmman. C. (2006) *Pensar e Inventar-se: Terapia Ocupacional como clínica dos afectos*.

2006. Dissertação de Mestrado. Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Silva, C. M., & Vargens, O.M.C. (2009). A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 43(2), 401-406.

Sousa, A., Kantorski, L., & Bielemann, V. (2004). A Aids no interior da família: percepção, silêncio e segredo na convivência social. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 26(1), 1-9.

Souto, B, G, A. (2009). O sexo e a sexualidade em portadores do vírus da imunodeficiência humana. *Rev Bras Clin Med*, 7(1), 188-191.

Torres, T. & Camargo, B. V (2008). Representações sociais da Aids e da Terapia Anti-retroviral para pessoas vivendo com HIV. *Psicol. teor. prat.* 10 (1), 64-78.

Winnicott, D. W. (1975) *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Ed. Imago.

Nota sobre os autores:

Adriane do Socorro Costa Leite: Terapeuta Ocupacional da Secretaria de Saúde do Município de Maracanã-Pa.

Adriane Henderson de Matos: Terapeuta Ocupacional, Especialista em Saúde mental, professora substituta da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Ingrid Bergma da Silva Oliveira: Terapeuta Ocupacional, Mestre em Psicologia Clínica e Social (UFPA), Doutoranda em Psicologia Clínica (PUC/SP), docente dos cursos de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e da Universidade da Amazônia (UNAMA).

Lucivaldo da Silva Araújo: Terapeuta Ocupacional, Mestre em Psicologia Clínica e Social (UFPA), Doutorando em Psicologia

Clínica (PUC/SP), docente do curso de Terapia
Ocupacional da Universidade do Estado do
Pará (UEPA). E-mail:
lucivaldoaraujo@hotmail.com

Recebido em: 04/03/2013
Aceito em: 23/07/2013