

A corporeidade de mulheres gestantes e a terapia ocupacional: ações possíveis na Atenção Básica em Saúde

Sabrina Helena Ferigato^a, Carla Regina Silva^a , Leticia Ambrosio^b

^aDepartamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

^bUniversidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

Resumo: Introdução: Este trabalho apresenta os resultados de uma investigação qualitativa do tipo pesquisa- intervenção, cujo objetivo foi descrever e analisar a corporeidade de um grupo de gestantes e, a partir dessa análise, construir proposições para a intervenção da terapia ocupacional no cuidado em saúde. Método: Os dados foram produzidos com a triangulação de diferentes técnicas: dinâmica grupal, mapa corporal, *photovoice*, registros imagéticos e prática diarística. O campo investigado foi a Atenção Básica à Saúde, por ser um espaço privilegiado de encontro entre profissionais da saúde e gestantes. Resultados: Foi possível identificar elementos comuns e singulares da corporeidade feminina no processo da gestação, descritos em eixos selecionados: a sexualidade, o desejo em ser mãe, a materialidade e o cotidiano no período gestacional. Conclusão: Segundo a análise desses resultados, as intervenções terapêuticas ocupacionais foram propostas no sentido da construção significativa da corporeidade e do cotidiano das mulheres gestantes, com ênfase na expressão de um regime de sensibilidades e da produção de emancipação, autonomia e protagonismo das mulheres.

Palavras-chave: *Terapia Ocupacional, Saúde da Mulher, Atenção Básica à Saúde, Gestação, Corpo Humano.*

Corporality of pregnant women and occupational therapy: possible actions in the Primary Health Care

Abstract: Introduction: This paper presents the results of a qualitative intervention research, whose *objective* was to describe and analyze the corporeality of a group of pregnant women and to propose occupational therapy practices in Primary Health Care. Method: Data were produced from the triangulation of different techniques, collective dynamics, body mapping, photovoice, image records and the field diary practice. The field investigated was the Primary Health Care, since it is a privileged space for the meeting of health professionals and pregnant women. Results: It was possible to identify common and singular elements of the feminine corporeity in the gestation process, described in three selected axes: sexuality, the desire to be a mother, materiality and the everyday life in the gestational period. Conclusion: From the analysis of these results, occupational therapy practices were proposed in the sense of meaningful elaboration of corporality and everyday life of pregnant women. Practices with emphasis on the expression of sensitivities and accomplish of women's emancipation, autonomy and protagonism.

Keywords: *Occupational Therapy, Women's Health, Primary Health Care, Pregnancy, Human Body.*

Autor para correspondência: Carla Regina Silva, Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, Rodovia Washington Luís, Km 235, CEP 13565-905, São Carlos – SP, Brasil, e-mail: carla.metauia@gmail.com

Recebido em Jun. 6, 2017; 1ª Revisão em Jan 9, 2018; 2ª Revisão em Mar. 7, 2018; Aceito em Maio 20, 2018.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Todo novo corpo é um novo sujeito no mundo (ALMEIDA, 2004, p. 8).

1 Introdução

Este estudo é resultado de um processo de pesquisa qualitativa do tipo intervenção, cujo foco foi a corporeidade das mulheres gestantes, de acordo com a terapia ocupacional no campo da Atenção Básica à Saúde. Partimos da diversidade dos processos de gestar e vivenciar corporalmente a gestação como uma experiência complexa que envolve diferentes aspectos da vida cotidiana em processos socioculturais que resultam de construções individuais e coletivas.

Compreendemos a gestação como uma condição exclusiva para mulheres cisgênero¹ e a trataremos como uma “questão de gênero”. Gênero compreendido como “elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e como uma forma primária de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995, p. 86).

Embora possa produzir sentidos singulares, gestar e criar uma criança é sempre um momento de destaque na vida das mulheres. Trata-se de um processo que gera mudanças corporais, psíquicas e ocupacionais e exige quase sempre adaptação, sejam estas afetivas, sociais, familiares, econômicas e estruturais, demandas que recebem interferências das definições de gênero predefinidas socialmente, seja no âmbito individual, seja no coletivo (SILVA; SILVA, 2009).

Assim, a gravidez e a maternidade compõem uma experiência que é a um só tempo corporal, cultural e social, sendo preciso analisá-las dentro de contextos existenciais, das noções de corpo, das relações de gênero e de outros âmbitos que possam afetar o processo de gestação que cada gestante atravessa de maneira singular, especialmente se considerarmos o corpo como um território cultural e específico para cada mulher (DUARTE; LEAL, 1998).

Merleau-Ponty (1994) cunha o termo corporeidade para referir-se à zona dos acontecimentos e das percepções que tem como território de existência o próprio corpo. Para o autor, não reconheceríamos o espaço nem o tempo se não tivéssemos o corpo, pois é nesta matéria que se encontra o “ponto de desencadeamento das explicações” (MERLEAU-PONTY, 1994, p. 580). É também com o corpo que nos comunicamos e nos colocamos nas relações com os outros e com o mundo e, assim, produzimos nossa própria existência (MERLEAU-PONTY, 1994).

Corporeidade seria pensar este corpo no tempo, formado pelas inscrições históricas, culturais, pelas experiências vividas. O corpo não é um organismo, uma fisiologia, mas algo que nunca

finda sua estruturação. Nele tudo se produz: subjetividade, cultura, sociedade, poderes, opressões e desejos, etc. Cada estruturação do corpo resulta em uma realidade material, psicológica, social, complexa, interligada, indissociável (ALMEIDA, 2004, p. 10).

Nesse sentido, compreendemos a corporeidade como um conceito apropriado para abordarmos os processos relacionados à gestação da mulher, dadas as possibilidades de transformações, suas potências e seus limites associados.

Almeida (2004) afirma que o conceito de corporeidade contemporaneamente atravessa o ato do fazer e a terapia ocupacional, uma vez que toda ação, toda experiência e ocupação operam novas estruturas no corpo. Desta forma, passamos a pensar no corpo e nas suas ações de forma complexa, considerando o corpo e o fazer articulados em redes, não mais para corrigir nem normalizar, mas para produzir novos corpos e novos fazeres nos diferentes cotidianos existentes.

Por compreendermos a cotidianidade como um objeto central para a terapia ocupacional, entendemos que essas variações se constituem em objeto de investigação e intervenção possível para terapeutas ocupacionais, profissionais que atuam no âmbito das atividades humanas, em toda a sua diversidade e singularidade, compreendendo o potencial transformador e de produção de novas subjetividades do fazer humano (MEDEIROS, 2010).

Entre os inúmeros campos de atuação possíveis para a terapia ocupacional, pode-se destacar sua crescente inserção no âmbito da Atenção Básica à Saúde, cenário de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), onde as gestantes são acompanhadas longitudinalmente no período do pré-natal e do pós-parto.

Com a ampliação da inserção de terapeutas ocupacionais na Atenção Básica, principalmente por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), o encontro dessa população com esse núcleo profissional potencializou-se no bojo das intervenções interdisciplinares e nas ações de apoio matricial, com o propósito de assegurar retaguarda especializada e cuidado integral às famílias, como previsto pelas diretrizes do SUS (BRASIL, 2009).

2 A atenção à Saúde das Mulheres Gestantes e a Atuação da Terapia Ocupacional

A relação estabelecida entre as gestantes e o setor saúde tem sua própria historicidade que, por sua vez, foi fundamental para a construção conceitual e perceptiva da corporeidade gestante no contemporâneo.

Destarte, no recorte deste artigo, esse não foi o objeto, por isso, são apresentados alguns destaques sintéticos, especialmente com o advento da obstetrícia como um campo de especialidades.

Com o início da obstetrícia, no século XIX, evidencia-se um processo de centralidade crescente do discurso da saúde no regime de construções discursivas sobre a gestação e o parto. Temos, ainda, o movimento crescente da clínica médica para o desenvolvimento de estratégias e técnicas de cuidado para prevenir riscos e agravos da gestação, associados ao controle sobre o corpo da mulher por meio de tecnologias clínicas, métodos cirúrgicos e medicamentosos (MATOS, 2003).

Esses procedimentos foram construídos no bojo de uma cultura hegemonicamente higienista, cristã, sanitária e hospitalocêntrica, que considera como papéis biológico e social da mulher o ser mãe e a criação dos filhos (MATOS, 2003), ao mesmo tempo que a desempodera em relação ao processo de gestação, parto e puerpério, tornando esses momentos essenciais à vida humana objetos do saber-poder médico (GONÇALVES et al., 2014).

Soma-se a isso o contexto cultural preponderante durante todo o século XIX, quando as transformações no corpo das mulheres a partir da adolescência eram classificadas como transformações para a reprodução, condição a qual toda mulher estaria predestinada e que a diferenciaria dos homens (MATOS, 2003).

Esse contexto justifica, em parte, o desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde da Mulher que, por décadas, reduziu a mulher à sua função reprodutora e a atenção à saúde com estratégias voltadas apenas a ações ginecológicas e obstétricas, desconsiderando outras necessidades em saúde, incluindo a sexualidade e os prazeres femininos, bem como qualquer forma de sua expressão durante a gestação e o parto (MATOS, 2003). Além disso, um conjunto de restrições e privações de atividades prescritas por profissionais da saúde e de outros setores da sociedade civil foi imposto ao corpo que gesta.

Em contrapartida, desde a Primeira Onda Feminista, que ocorre no final do século XIX e início do XX, o movimento feminista se consolidou em torno da luta pela igualdade de direitos entre homens e mulheres e o ativismo desse período foi reconhecido pelas campanhas e conquistas pelos direitos políticos, sexuais, econômicos e reprodutivos (CRUZ, 2014).

Por volta de 1920, a formação organizada de coletivos feministas internacionais para lutar pela emancipação reprodutiva e sexual introduz variações nos enunciados e práticas em relação à gestação e,

assim, constrói socialmente diferenças na forma de como perceber, vivenciar e articular a corporeidade das mulheres, inclusive no bojo das políticas de saúde.

No Brasil, durante as primeiras décadas do século XX, as ações de saúde para mulheres estavam diretamente associadas à gravidez e ao parto em um modelo biomédico. Apenas nos anos 1970, foram implementados programas de atenção materno-infantil, mas que ainda compreendiam a mulher unicamente no papel social de doméstica e de mãe e a gestante como objeto de intervenção médica (BRASIL, 2004).

Em meados de 1980, o movimento feminista e o da Reforma Sanitária se fortalecem e apresentam propostas para a área da saúde que geraram conquistas no âmbito dos direitos sociais e democráticos com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo universalidade no acesso às políticas de saúde no Brasil (TORNQUIST, 2002; FEUERWERKER, 2005). Com esses movimentos, iniciou-se o processo de ruptura com a hegemonia médica e ampliou-se a atuação de outros profissionais, como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, para garantir práticas ampliadas e integradas na atenção à saúde em todos os contextos, incluindo a saúde da mulher (FEUERWERKER, 2005).

Esses movimentos contribuíram com a implementação de leis e programas de atenção integral à saúde da mulher, garantindo abordagens que ressignificaram seu papel na sociedade e no sistema de saúde, dando espaço para o desejo da mulher, bem como para contestações femininas em relação às condições de gestar e parir no país (BIRMAN, 1999; TORNQUIST, 2002).

Tais contestações também incluíram na pauta o tema da humanização do parto e nascimento, que ganhou força na última década preconizando o protagonismo feminino no processo de parir e a extinção da violência obstétrica, bem como das intervenções médicas desnecessárias ou não respaldadas por evidências científicas: o uso indiscriminado de ocitocina, de intervenções cirúrgicas sem indicação, episiotomias, amniotomia, tricotomia, entre outros, exceto em casos de necessidade comprovada, possibilitando ao parto experimentações mais positivas (TORNQUIST, 2002; BRASIL, 2017).

Em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e marcou o início da expansão dos programas de atenção integral à mulher, propondo novas diretrizes que compreendem que ser mulher está muito além dos

cuidados da casa e de ser mãe (BRASIL, 2004). Esse programa previa

ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 2004, p. 17).

Mesmo com avanços, os Comitês de Mortalidade Materna apontam para aumentos na mortalidade materna e, segundo Morse et al. (2011),

[...] os dados também sugerem valores mais elevados nas mulheres de menor renda e escolaridade, de raça negra e com pouco acesso à assistência, sendo um importante indicador das condições de vida e injustiça social (MORSE et al., 2011, p. 624).

Um estudo realizado em 2016 mostra que a violência obstétrica ainda é muito presente e manifesta-se tanto no uso de recursos medicamentosos e cirúrgicos desnecessários no período gestacional e no parto quanto pela “negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, física e psicológica”, ressaltando que mulheres negras e pobres são violentadas com mais frequência (ANDRADE et al., 2016, p. 30).

Ainda que, sejam predominantes as práticas interventivas em saúde que prescrevem, mutilam, culpabilizam e geram sofrimento as mulheres grávidas/parturientes em nome da prevenção dos riscos e de ditames mercadológicos, os programas e leis implantados desde o início do SUS contribuem para o aumento do protagonismo feminino na busca por métodos humanizados durante o parto (TORNQUIST, 2002). Essas práticas procuram resgatar o respeito ao corpo da mulher no ato de parir, provocando uma ampliação das Políticas Públicas de Humanização do parto e nascimento (TORNQUIST, 2002).

Um espaço absolutamente importante no setor saúde para o protagonismo feminino, não apenas em relação ao parto, mas também em relação à gestação, é a Atenção Básica à Saúde (ABS), caracterizada como nível primário de assistência em saúde e atualmente composta de um conjunto de estratégias e pontos de atenção que incluem as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades de Saúde da Família (USF), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e o Consultório na Rua. É na rede básica que as mulheres são acompanhadas em seu pré-natal e no pós-parto. Atualmente, prevê-se que a ABS seja a porta de entrada preferencial das gestantes no sistema

de saúde e que a atenção destinada a elas ocorra de maneira integrada, humanizada e capaz de acolher as necessidades gestacionais de forma longitudinal e contínua (BRASIL, 2012).

Para a equipe de profissionais das UBS está previsto que no cuidado a gestantes seja possível: orientar as mulheres e as famílias em relação à saúde, ao planejamento familiar e à importância do pré-natal; acolher as necessidades das gestantes; realizar visitas domiciliares; promover práticas educativas e grupos de atividades; identificar riscos e vulnerabilidades; realizar procedimentos clínicos; fazer encaminhamentos necessários (BRASIL, 2012).

Como estratégia de atendimento nas UBS e USF, são cada vez mais comuns os grupos de mulheres gestantes que tornam possível ampliar a assistência pré-natal para além da rotina de exames e assistência ginecológica. Esses grupos são idealizados por profissionais de diferentes núcleos profissionais, entre eles a terapia ocupacional.

As terapeutas ocupacionais que têm atuado nesse âmbito ressaltam um conjunto de estratégias de ações terapêuticas ocupacionais que proporciona escuta qualificada e rompe com os modelos biomédicos de atuação no campo da saúde. Além disso, destacam abordagens corporais e atividades individuais ou em grupo que possibilitem promoção, prevenção, educação em saúde e empoderamento das mulheres sobre o próprio corpo (GALHEIGO, 2007; REIS et al., 2012; ROCHA et al., 2012).

A realização de grupos com gestantes na ABS possibilita a existência de um espaço sensível e acolhedor para os questionamentos e demandas individuais e coletivas que surgem durante o período de gestação e que nem sempre são acolhidos nas consultas clínicas, além de interação e troca de experiências e saberes entre as gestantes, a atenção para o próprio corpo, suas sensações e emoções (GALHEIGO, 2007; REIS et al., 2012; ROCHA et al., 2012; SILVESTRINI et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2017).

Galheigo (2007) aponta que as gestantes em alto risco têm sido o principal foco das intervenções terapêuticas ocupacionais na rede básica de saúde, entre as quais podemos citar o caso de gestantes em uso de substância psicoativas, em situação de privação de liberdade, adolescentes, com deficiência física e/ou sensorial ou em situação de rua e outras formas de vulnerabilidade social.

Gontijo (2007) apresenta-nos dados relevantes sobre a gestação de jovens em situação de vulnerabilidade, pois afirma que a maternidade proporcionou o fortalecimento do eixo de inserção relacional, com mais suporte e reconhecimento social oferecido

tanto à gestante como para os filhos, e também impulsionou as jovens a buscarem outras alternativas na inserção no mundo do trabalho.

A partir desse universo de possibilidades, apresentamos os dados relevantes da pesquisa sobre “corporeidade das mulheres gestantes” que objetivou relatar e propor estratégias e práticas de terapia ocupacional nesse campo.

3 Procedimentos Metodológicos

Partimos de uma abordagem qualitativa do tipo intervenção para realizar este estudo. A pesquisa-intervenção ocorre quando o pesquisador compreende que seu objeto de pesquisa é composto de diversos segmentos sociais, ambientais, coletivos e individuais e sofre implicações da sua própria observação. Trata-se de compreender a existência exatamente na forma em que se expressa e se produz, ou seja, nos acontecimentos e nos fazeres (PAULON; ROMAGNOLI, 2010).

Para a produção de dados, foram utilizados diferentes procedimentos de pesquisa: aplicação de questionário; diários de campo para registro da percepção, observação e análise das pesquisadoras; realização de atividades grupais e corporais.

O questionário aplicado possibilitou traçar um perfil socioeconômico das participantes e identificar alguns aspectos clínicos sobre a gestação, abarcando questões como idade, escolaridade, estado civil, orientação sexual, escolaridade, profissão, renda familiar, período gestacional, acontecimento de intercorrências clínicas, quantidade de filhos nascidos, quantidade de gestações, gestações interrompidas, número de partos normais e locais de acompanhamento da gestação.

Os registros nos diários de campo contribuíram para a produção de dados e memória das percepções da pesquisadora e das colaboradoras. Compreendemos o diário de campo como a fusão de três tipos de diários: o diário de campo (que inclui a descrição dos fatos acontecidos e observados pela pesquisadora), diário íntimo (que se refere às reflexões e às percepções da pesquisadora com base no que foi observado) e o diário de pesquisa (para o registro das correlações teóricas feitas após a observação dos acontecimentos) (LOURAU, 2004).

Sinteticamente, foram realizados quatro encontros com um grupo de gestantes já existente em uma UBS, que se encontrava quinzenalmente, coordenado por uma Agente Comunitária em Saúde (ACS) e uma enfermeira, em uma região periférica no município de São Carlos (SP).

Foram sugeridas proposição de atividades grupais e corporais para sensibilização, interação e práticas interventivas, por meio da construção de outras linguagens, que não apenas o discurso escrito ou verbal, que pudessem dialogar com a corporeidade das mulheres gestantes. Assim, foram utilizadas interações grupais com o uso das técnicas de pintura corporal², do mapa corporal³ e da *photovoicé*⁴.

O fluxo de participação do grupo foi flutuante e variou entre duas e 15 participantes, dependendo das condições climáticas e da saúde das mulheres. Esse grupo objetivava promover a socialização e a troca de experiências entre as mulheres gestantes, em qualquer período gestacional, acompanhadas na UBS.

O primeiro encontro destinou-se à apresentação da pesquisa, da proposta e do envio de convites para todas as participantes do grupo. Os dois encontros seguintes ocorreram num intervalo de 15 dias, tendo aproximadamente duas horas de duração cada um, com o total de 14 participantes. No último encontro foram apresentados os resultados da pesquisa.

Os encontros foram conduzidos pela pesquisadora e mais quatro colaboradoras voluntárias, todas graduandas em terapia ocupacional, orientadas por duas professoras terapeutas ocupacionais, auxiliadas pela ACS e pela enfermeira responsáveis pelo grupo.

Levando em consideração toda a complexidade de uma gestação, compreendemos essa vivência como um dispositivo de intervenção. Um dispositivo é compreendido como um elemento para o qual são geradas forças visíveis e enunciadas, invisíveis e não enunciadas e forças de subjetivação (DELEUZE, 2005).

Os encontros foram fotografados, gravados e, posteriormente, transcritos. Além disso, foram sistematizados os registros individuais em um diário de campo da pesquisadora e de cada uma das colaboradoras, contendo análises da percepção de cada uma e suas implicações no grupo. Todo material produzido foi compilado e considerado no momento de análise de dados desta pesquisa.

Para a análise dos dados, consideramos as falas das gestantes, as expressões enunciadas pelas materialidades das atividades e as dinâmicas propostas, as percepções relatadas pela pesquisadora e pelas colaboradoras em diários de campo individuais, bem como os estudos teóricos previamente realizados.

Com a técnica de interpolação de olhares (FERIGATO, 2013), foram elencadas as categorias temáticas para a sistematização dos resultados, conforme a intensidade de ressonância no grupo.

A técnica da interpolação de olhares foi proposta por Azevedo (2012) e se dá com o intercruzamento

dos dispositivos de pesquisa, realizando-se um engendramento entre os modos de produção de dados, e não um encadeamento linear, nem síntese. Nessa perspectiva, analisar o material produzido nos encontros, nos diários de campo, nas práticas corporais e na revisão bibliográfica é dar passagem e visibilidade aos enunciados, às produções teóricas e práticas, às narrativas de diferentes participantes da pesquisa, entremeados com possíveis leituras e contribuições do pesquisador (AZEVEDO, 2012; FERIGATO, 2013; SILVA; FERIGATO, 2017).

Os procedimentos éticos de pesquisa com seres humanos foram respeitados. O campo foi realizado sob autorização da direção da UBS e da equipe de coordenação do grupo das gestantes. Todas as participantes anuíram seus consentimentos em termos de consentimento livre e esclarecidos, incluindo o uso de imagens, considerando a preservação de sua identificação facial ou nominal. Todo o material da coleta foi armazenado sob os cuidados e a responsabilidade das pesquisadoras. Relatório final e devolutiva acerca dos dados construídos na pesquisa foram apresentados e entregues às participantes aos cuidados da UBS.

4 As Proposições e os Encontros

O primeiro encontro iniciou-se com a sensibilização das participantes para proporcionar a criação de um espaço confortável, acolhedor e confiável para as gestantes, aproximá-las do próprio corpo, promover integração entre o coletivo e também ser disparador para a roda de conversa sobre o corpo e a corporeidade.

Em seguida, com o auxílio de imagens e exemplos, a pesquisadora explicou para as participantes o termo corporeidade segundo o referencial teórico de Merleau-Ponty (1994) e guiou-as para que pudessem compartilhar as próprias experiências enquanto gestantes, trazendo todas as transformações e afetações para a percepção do próprio corpo.

A seguir, as mulheres gestantes foram convidadas a realizar pinturas corporais no ventre e/ou umas nas outras. Foi indicado que tentassem reproduzir simbolicamente qual era o significado da gestação para elas e, simultaneamente, que fizessem registros fotográficos dessas pinturas, seguindo orientações da metodologia *photovoice*.

Para finalizar as atividades, foi sugerida uma sessão de fotos das gestantes com as pinturas corporais, que, posteriormente, foram reveladas e entregues a cada uma delas como produto dos encontros. Finalmente, propusemos um espaço aberto e de acolhida para

que elas pudessem expressar livremente quaisquer sensações e sentimentos. Concomitantemente, foi solicitado que preenchessem o questionário e tirassem quaisquer dúvidas sobre a temática abordada ou sobre os procedimentos realizados durante os encontros.

No segundo encontro, foi proposta a atividade do mapa corporal coletivo, cujo objetivo foi responder à seguinte pergunta: “O que significa a corporeidade da mulher gestante?”, trazendo elementos expressivos das gestantes à questão segundo múltiplas linguagens, produzindo diferentes regimes de visibilidade, de enunciados, possibilitando formas objetivas e subjetivas de se responder a um mesmo problema.

As participantes puderam se expressar por meio da escrita, pintura, imagens de revistas e outras formas simbólicas que encontraram nos materiais disponibilizados. Durante a construção do mapa corporal, as mulheres puderam conversar entre si, compartilhar experiências vividas e reflexões.

Em seguida, deu-se continuidade as etapas do *photovoice*, para que as gestantes pudessem apreciar, selecionar, descrever, legendar e compartilhar as fotos, avaliando e finalizando a atividade.

Para finalizar o encontro, novamente foi criado um espaço aberto e de acolhimento para livre expressão das participantes, que puderam também dar devolutivas sobre os processos vivenciados por elas durante a participação nos encontros.

Com a interpolação dos dados produzidos, criaram-se eixos temáticos de discussão que pudessem abarcar as corporeidades enunciadas, visíveis, objetivas e subjetivas no grupo das mulheres gestantes.

5 Resultados

Participaram da pesquisa 14 mulheres em período gestacional, com idades entre 15 e 41 anos, sendo cinco solteiras e nove casadas, de classes sociais média baixa e baixa. Elas estavam em períodos gestacionais e número de gestações variados. Oito delas concluíram o ensino básico, cinco, o Ensino Médio e uma estava terminando o ensino superior. A renda média familiar variou de um a quatro salários mínimos, tendo duas delas não declarado a renda. Seis definem-se como trabalhadoras do lar, três referem vínculo empregatício, quatro estão desempregadas e uma não declarou nada. Todas residem próximas à UBS e a composição familiar é variada (Tabela 1).

A atenção à saúde é feita principalmente pela UBS em questão e apenas três mulheres fazem acompanhamento da gestação em outros lugares: uma no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto; uma delas complementa seu acompanhamento em

Tabela 1. Dados pessoais sobre as participantes gestantes.

Gestante	Idade	Número de filhos	Estado civil	Escolaridade completa	Profissão atual	Abortos	Renda média familiar (salários mínimos) ⁵
Gestante 1	37	3	Casada	Ensino Fundamental	Do lar	0	Não declarada
Gestante 2	24	0	Casada	Ensino Superior	Professora	Não declarado	Mais que 2
Gestante 3	24	2	Casada	Ensino Médio	Desempregada	0	Mais que 2
Gestante 4	30	4	Casada	Ensino Médio	Do lar	0	Até 1
Gestante 5	30	2	Solteira	Ensino Fundamental	Não declarado	0	Não declarada
Gestante 6	23	1	Casada	Ensino Fundamental	Desempregada	1	Até 1
Gestante 7	23	2	Casada	Ensino Médio	Do lar	0	Até 1
Gestante 8	41	3	Solteira	Ensino Fundamental	Do lar	2	De 1 a 2
Gestante 9	15	1	Casada	Ensino Fundamental	Desempregada	0	De 1 a 2
Gestante 10	17	2	Casada	Ensino Fundamental	Desempregada	0	Até 1
Gestante 11	17	0	Solteira	Ensino Médio	Auxiliar administrativo	0	De 1 a 2
Gestante 12	16	0	Solteira	Ensino Fundamental	Do lar	0	De 1 a 2
Gestante 13	28	1	Solteira	Ensino Médio	Garçonete	0	De 1 a 2
Gestante 14	19	1	Casada	Ensino Fundamental	Do lar	0	De 1 a 2

Fonte: dados dos questionários aplicados. Elaboração das autoras.

outra UBS do município; uma consulta-se com um médico particular.

5.1 A gestação como um dispositivo e a análise dos conteúdos

Dentre todos os aspectos observados, após a análise dos dados produzidos, foram eleitos três eixos temáticos que se destacaram em sua enunciação, expressões verbal e não verbal e ressonância no grupo. Foram eles: sexualidade, dimensão do desejo de ser mãe, materialidades e cotidianos.

5.2 Sexualidade

Historicamente, determinou-se que o papel social das mulheres era gerar, criar e educar os filhos, colocando-as numa posição inferior na relação de poder e em desvantagem perante os homens (BRASIL, 2004). Observamos a presença dessa condição no que nos foi apresentado nos encontros com as mulheres.

Por outro lado, desde a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), de

1994, é previsto que a saúde reprodutiva implica proporcionar às pessoas uma vida sexual segura e satisfatória, em que haja capacidade de reproduzir e decidir quando, como e quantas vezes isso acontecerá (CIPD, 1994). Observamos que os discursos trazidos pelas mulheres refletem como sua sexualidade se produz na relação com o parceiro e como, corporalmente, os desejos sexuais perpassam por elas durante a gestação. Notou-se que quase todas as gestantes diminuíram a frequência com que se relacionavam sexual e afetivamente com os parceiros, em razão da falta de desejo, enunciada em alguns discursos:

Eu pego nojo do meu marido na gravidez (Gestante 14).

Para mim diminuiu. Não, foi logo no começo. O meu [parceiro] está sofrendo na minha mão (Gestante 13).

O desejo sexual foi enunciado durante a construção do mapa corporal coletivo (Figura 1). Por meio de técnicas corporais, também foi identificada a sobreposição da sexualidade do homem em detrimento à da mulher, que corresponde à construção sócio-histórica sobre



Figura 1. Mapa corporal coletivo com destaque para as expressões “Vontade de fazer sexo” e “Vontade de não fazer sexo”.

os papéis sociais de cada gênero e a função social da sexualidade.

À prática sexual podem ser atribuídos diversos valores morais, sociais e culturais. Em alguns países, por exemplo, acredita-se que a prática sexual durante a gravidez é algo perigoso e pode causar impotência, esterilidade ou gerar monstros, já em outros, como Nigéria e Japão, o sexo durante a gravidez é incentivado, pois acredita-se ser possível alargar a vagina e suavizar o trabalho de parto (ARAÚJO et al., 2012).

Além disso, fatores físicos e biológicos também contribuem para as alterações do desejo sexual e da libido durante a gravidez. Segunda Araújo et al. (2012), o crescimento da barriga, o aumento de peso, dores e enjoos são fatores que podem representar um

crescente incômodo para as gestantes no momento das relações sexuais.

Considerando a singularidade de cada processo, não é possível afirmar que as mulheres gestantes perdem o desejo, diminuem ou evitam as atividades sexuais. Tais mudanças estão presentes no processo de uma mesma gestação. Assim, destaca-se a importância de considerar e significar as características particulares e singulares, o processo e o momento da gestação e de vida de cada mulher.

Além de apresentarem reflexos da significação social e cultural que tem a sexualidade, as participantes levantaram aspectos que representam a sobreposição da vontade sexual do homem na relação, questão presente no cotidiano delas e de muitas outras, independentemente da gestação, mas, quando

vivenciam essa situação, estão num processo que evidencia sua fragilidade, pois o corpo é oferta na troca e na barganha com o parceiro quando este expressa desejo sexual e, nesse encontro, o corpo presente também revela incômodos.

Uma das gestantes que iniciou o assunto sobre sexo, pediu para cochichar no meu ouvido porque disse que tinha vergonha de dizer que não sentia vontade de fazer sexo durante a gravidez (Diário de campo da pesquisadora).

O meu [parceiro] também está [sofrendo], tem que fazer chantagem, principalmente quando estou com vontade de comer alguma coisa e ele não me dá (Gestante 6).

Outro aspecto trata sobre o cuidado com o próprio corpo, que também perpassa a relação com o parceiro. Com o crescimento da barriga, inchaço dos pés, diminuição da pressão sanguínea, entre outras alterações físicas e emocionais que podem ocorrer na gestação, as atividades de autocuidado (tanto as necessárias quanto as socialmente construídas) podem ficar comprometidas. A depilação genital foi um disparador para essa discussão, uma vez que o parceiro faz cobranças sobre esses aspectos nos momentos da relação sexual, mas, em contrapartida, não auxilia nessa tarefa. Essa atividade foi citada como desejo e frustração para algumas mulheres.

Por fim, emergem desconfortos relacionados ao toque quando vindo de outra pessoa que não o marido e revela-se que a compreensão sobre o toque está entrelaçada com a sexualidade, causando estranhamento e até preconceitos que foram incorporados durante a trajetória das participantes e expressos durante as vivências. Durante a dinâmica de sensibilização, foi proposto o toque entre as participantes, com o intuito de compartilhar os sentimentos de tornar-se mãe. Foi observado um certo estranhamento delas, que compreenderam o toque com conotação sexual e criaram, de início, um bloqueio para essa experimentação.

[...] não posso negar a explícita relação confusa com o corpo da outra, o tabu de ser tocada por outra mulher, ia causar uma certa vergonha inicialmente (Trecho do diário de campo da colaboradora B.).

Isso causou algum estranhamento: “Por que eu tenho que pôr a mão em outra mulher? Eu tenho meu marido”, uma fala. Um estranhamento que, para mim, já dizia algumas coisas sobre a relação daquelas mulheres com seu próprio corpo e com o corpo das outras. Afinal, não estamos acostumados

a tocar carinhosamente outros corpos, estamos? (Trecho do diário de campo da pesquisadora).

Eu não posso fazer carinho na minha amiga, ela tá carente, vai querer outra coisa (Gestante 13).

Outro questionamento relacionado foi enunciado no preenchimento do questionário quando as participantes se depararam com a questão “orientação sexual”, pois compreendiam a resposta como óbvia, já que estavam grávidas.

[...] nem as gestantes sabiam o que colocar em “orientação sexual” e ficaram espantadas por ter que responder se eram heterossexuais ou homossexuais. Outro espanto por parte delas ocorreu quando eu disse que teria como duas mulheres, como casal, uma delas estar grávida e/ou terem filhos, por outros meios (Trecho do diário de campo da colaboradora T.).

Em todos os momentos em que foram abordadas questões referentes ao sexo, o grupo se mostrou cauteloso e tímido ao compartilhar suas experiências.

Percebi que alguns assuntos, por exemplo, o sexo causa vergonha ao grupo como um todo, e dificuldade em falar sobre. Como algo que precisava ser velado, assim como acontece em muitos outros espaços sem toda a sociedade (Trecho do diário de campo da pesquisadora).

5.3 A dimensão do desejo de ser mãe

Durante os encontros, ficou marcado que o desejo em relação à gestação e à maternidade para as participantes da pesquisa é algo que influi diretamente na produção da corporeidade das gestantes. Vivenciar a maternidade não significa desejar exercer a maternagem; gerar um filho pode ser resultado, até inconscientemente, da pressão social de exercer o papel de ser mãe determinado para as mulheres (STASEVSKAS, 1999).

Planejar a gravidez é um direito de todas as mulheres, no entanto é uma prática pouco adotada pela população brasileira em geral e pouco estimulada pelas instituições de saúde e educacionais, normalmente despreparadas para acolher e orientar mulheres de qualquer faixa etária nas questões de planejamento familiar e saúde sexual (SÃO PAULO, 2010).

Perguntamos às gestantes participantes desta pesquisa como foi receber o resultado positivo para a gravidez. As respostas foram bastante variadas:

Para mim foi um choque, eu não esperava (Gestante 1).

Para mim foi alegria, foi uma coisa que eu fiquei muito feliz de ver (Gestante 13).

Ah, para mim está sendo tudo muito novo né, é meu primeiro filho, estou para descobrir. Apesar que eu queria né, não foi antes da hora (Gestante 2).

Gente, é horrível! A minha gravidez é trágica. Eu fico bem depois que eu tenho o neném. Depois que eu tenho o neném eu fico super bem [...] Nossa! Pra mim a fase de gravidez é uma fase de aceitação, não é uma fase de alegria. Deus é mais! (Gestante 14).

Pudemos identificar que o desejo de exercer a maternagem não se relaciona com o próprio acontecimento da gestação e da maternidade. Independentemente se há planejamento prévio, vivenciar a situação significa para cada mulher um encontro com uma série de sentimentos, pensamentos e situações que se mesclam nas diferentes experiências. Contudo, nem sempre há espaço para relatar aspectos negativos que envolvem esse momento.

O enunciado do desejo de exercer a maternagem tem influências diversas e relaciona-se pela aceitação, moralidade, condicionantes, julgamentos da mãe boa ou mãe má (STASEVSKAS, 1999), como podemos observar nos exemplos a seguir:

Mas você sente que, é no peito, no estômago? (Pesquisadora).

É no peito, no peito. Que nem esses dias, eu vim aqui no mercado com ele [parceiro] e antes de eu engravidar de novo eu era usuária de cocaína, sabe? Eu vi uma menina na mesma situação que eu, ela pedindo dinheiro para comprar. Eu comecei a chorar no meio da rua! Ai todo mundo parava e ficava olhando para minha cara. Mas é porque eu lembrei que eu também era assim e vi a menina fazendo a mesma coisa (G 6).

E você acha que na maioria das vezes são choros que dá aperto no peito de tristeza ou também tem choros de alegria? (P).

Ah, os dois. Tristeza é mais quando meu filho fica com mal criadeza, porque como eu era usuária [cocaína], eu não fiquei com meu filho, foi a minha mãe, e todo lugar que eu saía ele ficava com a minha mãe. E agora quando eu quero ficar perto dele, ele não quer. Ai dá mais tristeza (G 6).

E esse vai ser diferente né, [nome]? (Enfermeira).

Vai, se Deus quiser. Já está sendo (Trecho de um diálogo entre a pesquisadora, a enfermeira e a Gestante 6).

Por outro lado, encontramos também mulheres que não reproduziam o desejo da maternagem em seu corpo:

[...] *uma menina de apenas 15 anos, que engravidara sem querer, e desde então, me contou estar numa profunda tristeza, quando pensa em “tudo que perdeu” e no quanto não queria isso agora* (Trecho do diário de campo da colaboradora B.).

Eu fiquei com medo de entrar em depressão no começo porque eu fiquei muito triste. Eu num queria. Eu falei “não, não quero”. Eu falei assim “esse vai ser o meu ano”, vai ser pra mim. É o ano de eu fazer pra mim. Estudar, fazer minhas coisas. “Vou fazer um monte de coisa”. Ai vem... (Gestante 14).

Essas últimas enunciaram que o desejo ou o não desejo pela atividade de maternagem pode entrar em conflito com o desejo por outras atividades, que também são quistas como concorrentes, e a maternidade tende a definir suas prioridades e possibilidades, cabendo a elas a responsabilidade e dedicação nesse momento de suas vidas.

Essas falas apontam para a complexidade e a pluralidade que envolve a dimensão do desejo em relação à gestação, à maternidade e à maternagem, colocando em planos diferentes o desejo de engravidar, o desejo de ser mãe em seus contextos reais ou ideais. Indicam também a complexidade, que é a construção de possibilidades de fazer convergir ou divergir o desejo de ser mãe com as possibilidades de maternar e ao mesmo tempo realizar outras atividades ocupacionais desejadas. Corroboram para essa complexidade a situação socioeconômica de cada mulher gestante, seus determinantes sociais, como etnia, cor e ciclo de vida e sua rede de proteção pessoal, familiar e relacional, associadas ao acesso à assistência, ao amparo legal e a condições de garantir sua existência e a de sua prole.

5.4 Materialidades e o cotidiano no período gestacional

Entre as variações mais significativas vividas pelas mulheres, podemos incluir as cotidianas, bem como as transformações corpóreas que a gestação pode produzir na vida delas e nos modos de realização de suas atividades (LUPERINI, 2008).

A compreensão desse cotidiano deve considerar a singularidade dos sujeitos e suas manifestações plurais, levando em consideração que

[...] a vida cotidiana tem sempre uma hierarquia espontânea determinada pela época (pela produção, pela sociedade, pelo posto do indivíduo na sociedade) e se manifesta em detrimento das condições socioeconômicas (HELLER, 2000, p. 40).

É preciso ressaltar que este estudo foi realizado com mulheres de baixa renda, residentes na periferia de uma cidade do interior de São Paulo e, em sua maioria, sem atividade de trabalho remunerado. Considerando estas informações e que a gestação afeta a corporeidade da mulher em níveis biológicos, físicos, emocionais, psicológicos, culturais e sociais, traremos reflexões sobre o cotidiano, mudanças e adaptações ocorridas após a descoberta da gestação, partindo do que foi observado durante os encontros, por elementos materiais e fazeres, enunciados ou visibilidades, que se materializaram como características dessas gestantes:

O que mudou foi meu humor. Muito mal-humorada (Gestante 1).

Eu fiquei muito gorda (Gestante 2).

O que mudou alguma coisa é a pressão baixa (Gestante 3).

Muito sono (Gestante 4).

Eu fiquei muito comilona também (Gestante 7).

O que mudou é que eu fico muito chateada, muito triste (Gestante 10).

O que mudou em mim foi a estria (Gestante 12).

Nossa eu tinha vontade de comer pera com azeitona. Não aguento mais nem ver (Gestante 5).

É importante porque a rasteirinha do pé incha, a calça não abotoa, a blusa deixa a barriga de fora. O sutiã... Né?! (Gestante 14).

Mudanças físicas, fisiológicas e emocionais influenciam diretamente no cotidiano: roupas e sapatos ficam apertados, o aumento da barriga pode comprometer a realização de atividades, o sono pode atrapalhar o planejamento diário, a instabilidade de humor pode afetar a convivência com outras pessoas, entre outros aspectos (SILVA; SILVA, 2009).

O choro, que antes era pouco. Hoje sou muito chorona, muito, depressiva, no começo eu não queria nem saber de trabalhar, parei totalmente de trabalhar (Gestante 13).

Toda hora dá vontade de deitar e dormir (Gestante 13).

Eu passo a noite inteira acordada, não aguento mais (Gestante 2).

É, comer também, é sentar na frente da geladeira e comer alguma coisa (Gestante 2).

Na primeira gravidez eu [comi tijolo]! Mas comeria de novo. É um desejo intenso, intenso (Gestante 3).

Embora saibamos que parte dessas mudanças é comum à maior parte das gestações, essas falas nos remetem à singularidade de cada gestação vivida por cada mulher. A forma como que a corporeidade das gestantes se altera se relaciona diretamente com suas trajetórias de vida, com o período gestacional, com relações que as cercam.

Um estudo realizado por terapeutas ocupacionais apontou que tais alterações refletem dificuldades nos desempenhos em atividades de descanso e sono, de calçar o sapato e depilar-se, nas atividades sexuais, na mobilidade funcional e na comunidade e nos cuidados e serviços domésticos (NASCIMENTO et al., 2017).

De maneira geral, o grupo revelou afetações diversas no cotidiano que, em parte, revelam interferências decorrentes das mudanças mais visíveis e materializadas e, em parte, demonstram ações cotidianas que sofrem alterações em decorrência da forma como os parceiros, os serviços de saúde e a sociedade como um todo se relacionam com as gestantes (Figura 2).

Tais alterações são resultado da histórica objetificação do corpo feminino, muito presente na relação com os atuais padrões de beleza e



"Eu senti uma alegria muito intensa e eu gostei um filho muda muita coisa na vida da gente"

Figura 2. Imagem e legenda resultado da *photovoice* (gestante 6).

produtividade, que estabelecem características contrárias àquelas vividas pelas mulheres gestantes ou à sacralização do corpo que gera uma vida. Essas alterações também sofrem mudanças, dependendo do contexto socioeconômico e cultural em que cada mulher está imersa (GONÇALVES et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2014).

6 Intervenções da Terapia Ocupacional

Na tentativa de compreender o que esse grupo de mulheres gestantes esperava da UBS, além do atendimento clínico biomédico, os espaços abertos para compartilhamento ao final de cada encontro se tornaram um espaço potente para acolher expectativas e expressar algumas demandas delas.

Tal como ressaltado pelo *Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério* (SÃO PAULO, 2010, p. 192), “a visão da equipe que atende a mulher no ciclo grávido-puerperal precisa ser ampliada, não se restringindo a aspectos de habilidade biomédica. As transformações dinâmicas e intensas dessa fase da vida da mulher devem ser valorizadas”.

O bem-estar, o conforto e a confiança foram sentimentos compartilhados entre participantes e equipe. No relato das gestantes, emergiu a falta de espaços para a troca de experiências e interação entre elas. Embora o grupo já existisse com a proposta de promover o encontro entre as mulheres, a proposta da pesquisa-intervenção teve o intuito de fomentar territórios sensíveis e subjetivos por meio de experimentações do corpo e do fazer.

Tô mais aliviada. [...] pensando nas coisas. [...] foi bom estar aqui [...] Não [coisas] do corpo porque eu já tive outro filho, mas as coisas assim né... Mas passou já (Gestante 10).

Você riu, se divertiu, viu que não é só você que sente isso, né? (Agente Comunitária de Saúde).

Eu tava assim um pouco tensa. Acho que porque, pra quem é dona de casa e já tem filho... então é uma coisa assim que te distrai e te tira um pouco da rotina também, do dia a dia de casa. Foi muito legal (Gestante 7).

Ah, tô me sentindo leve, feliz pelo dia de hoje (Gestante 6).

Os encontros possibilitaram que as gestantes pudessem falar sobre assuntos de interesse, sem a obrigatoriedade de responder às demandas biomédicas tratadas em consultas. Assim como a

experiência relatada por Silvestrini et al. (2014), nesses encontros se destacou como importante resultado obtido a construção de um espaço onde as gestantes se relacionam e trocam experiências de formas confortáveis e acolhedoras.

A produção dos dados durante os encontros com as gestantes, relacionada ao uso de atividades conduzidas por terapeutas ocupacionais, deu-nos pistas e subsídios para elencarmos um conjunto de ações possíveis relacionadas à corporeidade de mulheres gestantes no âmbito da ABS. Entre elas, a realização de atividades, dinâmicas e técnicas em grupo com o foco no cuidado para além do que já é realizado hegemonicamente pelo setor saúde. Assim, valorizamos o acolhimento, a sensibilização, a socialização e a troca de experiências (Figura 3).

Os conteúdos temáticos enunciados pelas participantes revelam aspectos pouco tratados nas consultas clínicas, ressaltando o valor da escuta atenta e sensível para suas demandas, sem julgamentos ou discursos moralizantes; a realização de atividades corporais que promovam a percepção, o empoderamento e o enfrentamento das mudanças durante o período gestacional; a realização de atividades significativas para as mulheres a fim de produzir experiências prazerosas que coloquem a mulher como central na atividade e não apenas o bebê; a realização de grupos que reflitam sobre o papel da mulher e os contextos relacionais e sociais que perpassam a maternidade, entre outros.

Além disso, é possível promover ações em conjunto com outros profissionais e outros setores para se ampliar todos os olhares do campo da saúde para uma atenção mais integrada e transversal; incluir os



Figura 3. Toques e trocas entre as participantes do grupo.

parceiros e outros familiares como redes de suporte para a vivência da gestação e do planejamento familiar.

Entre os muitos exemplos citados, fica evidente que a ênfase da terapia ocupacional não seria somente a gestação, a mãe, o corpo nem o bebê, mas esses elementos em relação; em relação entre si e com o mundo ao seu redor, ou seja, a corporeidade gestante em ação, no foco de sua experiência em relação com o mundo.

Bezerra et al. (2009) afirmam que as terapeutas ocupacionais, no atendimento à saúde da mulher, têm optado por abordagens grupais, a fim de ofertar apoio e encorajamento para as participantes, construindo uma rede de apoio entre elas. Para isso, utilizam atividades expressivas, oficinas terapêuticas e outras técnicas artísticas (desenho, pintura, colagem, decoupage etc.), com a proposta de potencializar o cotidiano, a expressão dos sentimentos, as trocas afetivas e de experiências, a autoestima e o autoconhecimento, abordando temas que se referem tanto ao cuidado de si quanto ao cuidado do bebê.

Nesse sentido, o processo gestacional passa a ser entendido não apenas como gerador de um bebê e uma mãe (pai, família, entre outras redes), mas de novas corporeidades, de desejos e medos, de novas relações familiares e sociais, novas atividades, novas cotidianidades. Inclui um novo *hall* de ações possíveis, de experimentações corporais e existenciais que podem ser objeto da terapia ocupacional, não para a prescrição de atividades ocupacionais mais ou menos adequadas, mas para a produção de uma experiência gestacional significativa, protagônica e implicada consigo e com suas possibilidades existenciais.

7 Considerações Finais

Considerando toda a complexidade da mulher em processo gestacional, concluímos, com esta experiência que as demandas que chegam aos espaços de saúde são cada vez mais complexas e necessitam de ações transversais e integradas dos profissionais da ABS. Pois, quando proporcionamos territórios de acolhimento para todas as demandas, são diversas as possibilidades que podem emergir. Isso não exclui a importância das consultas clínicas tradicionais, dados a importância do acompanhamento pré-natal e o impacto que esse processo produziu nos indicadores de saúde do Brasil.

Em relação à atenção à saúde da mulher na ABS, terapeutas ocupacionais têm se preocupado em acolher e escutar, principalmente em realizar grupos e atividades corporais que proporcionem espaços de ação, empoderamento e enfrentamento das situações ante a gestação, conforme a literatura nos apontou. Na mesma direção, esta pesquisa nos

mostrou ser possível atuar com as participantes por meio da proposição de atividades significativas.

A partir da investigação da corporeidade, em sua ampla compreensão, pudemos constatar diversas experiências de ser gestante nos âmbitos biológico, físico, fisiológico, emocional, social, relacional, econômico, cultural e de gênero, que, por vezes, passam despercebidas nos atendimentos clínicos tradicionais.

Assim, possibilitamos também o encontro com esse território sensível, de escuta, trocas e reconhecimentos das necessidades mais subjetivas ou consideradas tabu, promovendo um contato mais significativo entre participantes e equipe, numa interação mais humana e corpórea, ou seja, evidenciou-se um efeito terapêutico, de cuidado, para além da produção dos dados de pesquisa, como sugerem as pesquisas-intervenção.

As atividades propostas promoveram sensibilização e percepções de si, colaborando para a produção e expressão de corporeidades, individuais e coletivas, mostrando que há uma potencialidade em se trabalhar com as abordagens corporais em grupos com essa população, segundo diferentes estratégias de intervenção.

As temáticas da sexualidade, do desejo em relação à maternidade e as materialidades e transformações cotidianas emergiram como aspectos centrais quando abordada a temática da corporeidade da mulher gestante. A partir dessa constatação, inferimos que a potencialidade das intervenções terapêuticas ocupacionais com mulheres gestantes é capaz de produzir um deslocamento do modo como tradicionalmente se aborda o corpo-gestante, bem como dá ênfase à cotidianidade do processo de gestar, buscando produzir uma experiência gestacional ativa, incluindo os limites e as potencialidades de cada vivência.

Nessa direção, a partir do recorte das ações voltadas à corporeidade, as ações terapêuticas ocupacionais estão relacionadas com o acolhimento desse corpo, a atenção integral à sua saúde, a interconexão com outros setores e contextos da vida, a realização de grupos para escuta e realização de práticas que produzam a percepção do corpo, a expressão das corporeidades e a criação de espaços sensíveis com ênfase na produção de cuidado, autonomia, emancipação e protagonismo das mulheres em sua vida cotidiana.

Referências

ALMEIDA, M. V. M. *Corpo e Arte em Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: ENELIVROS, 2004.

- ANDRADE, P. O. N. et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n1/1519-3829-rbsmi-16-01-0029.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- ARAÚJO, N. M. et al. Corpo e sexualidade na gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 552-558, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40980/44497>>. Acesso em: 08 mar. 2018.
- AZEVEDO, B. M. S. *O ensino da gestão no curso de graduação de medicina da FCM/UNICAMP*: possíveis encontros entre universidade e serviços de saúde. 2012. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
- BAGAGLI, B. P. Orientação sexual na identidade de gênero a partir da crítica da heterossexualidade e cisgeneridade como normas. *Letras Escreve*, Macapá, v. 7, n. 1, p. 137-164, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unifap.br/index.php/letras/article/view/3073>>. Acesso em: 17 jan. 2018.
- BEZERRA, T. C. C. et al. A construção e ressignificação das práticas da terapia ocupacional na estratégia saúde da família a partir da residência multiprofissional. *SANARE*, Sobral, v. 8, n. 2, p. 52-62, 2009. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/19/15>>. Acesso em: 08 mar. 2018.
- BIRMAN, J. *Cartografias do feminino*. São Paulo: Editora 34, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2017.
- BRASIL. Portal da Saúde. *Rede Cegonha*. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>. Acesso em: 03 jun. 2017.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO – CIPD. *Relatório final*. Cairo: CNPD/ FNUAP, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.
- CRUZ, M. H. S. A Crítica Feminista à Ciência e Contribuição à Pesquisa nas Ciências Humanas. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, São Cristóvão, v. 7, n. 12, p. 15-27, 2014. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/revtee/article/view/2949>>. Acesso em: 30 maio 2017.
- DAVY, C. et al. Aspects of the resilience and settlement of refugee youth: a narrative study using body maps. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 231-241, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322%2Fcto.2014.045>>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- DELEUZE, G. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 2005.
- DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/yw42p/02>>. Acesso em: 17 mar. 2017.
- FERIGATO, S. H. *Cartografia dos centros de convivência de Campinas*: produzindo redes de encontros. 2013. 320 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.
- FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.
- GALHEIGO, S. M. Domínios e temáticas no campo das práticas hospitalares em terapia ocupacional: uma revisão da literatura brasileira de 1990 a 2006. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 113-121, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v18i3p113-121>>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- GONÇALVES, L. et al. Parto domiciliar como um dispositivo de humanização das práticas de saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.232-254. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- GONTIJO, D. T. *Adolescentes com experiência de vida nas ruas*: compreendendo os significados da maternidade e paternidade em contexto de vulnerabilidade. 2007. 394 f. Tese (Doutorado Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2007.
- HELLER, A. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- LOURAU, R. Processamento de texto. In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 199-211.
- LUPERINI, K. *Corporeidade gestante: o discurso de corpo de mulheres em idade adulta e madura e dos pais das crianças*. 2008. 318 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2008. Disponível em: <<https://www.unimep>

- br/phpg/bibdig/pdfs/2006/JFKXAPLOOOGW.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.
- MATOS, M. I. S. Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico (São Paulo 1890-1930). In: MATOS, M. I. S.; SOIHET, R. (Org.). *Corpo feminino em debate*. São Paulo: Editora UNESP, 2003. p. 107-127. <http://dx.doi.org/10.7476/9788539303311>.
- MEDEIROS, M. H. R. *Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social*. São Carlos: EdUFSCar, 2010.
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- NASCIMENTO, C. R. F. et al. Ações de terapia ocupacional com gestantes na rotina diária. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 556-573, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufjf.br/index.php/ribto/article/view/10049>>. Acesso em: 08 mar. 2018.
- OLIVEIRA, D. L. et al. A atenção materna e infantil e marcadores socioculturais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.47-58.
- PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 85-102, 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.
- REIS, F.; GOMES, M. L.; AOKI, M. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: reflexões sobre as populações atendidas. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 341-350, 2012. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/678>>. Acesso em: 17 mar. 2017.
- ROCHA, E. F.; PAIVA, L. F. A.; OLIVEIRA, R. H. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 351-361, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.035>>. Acesso em: 17 mar. 2017.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. *Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério*. São Paulo: SES, 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicooi.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- SÃO PAULO. Governo Estadual de São Paulo. *Piso Salarial Regional de SP*. Disponível em: <<http://www.emprego.sp.gov.br/pesquisa-e-servicos/piso-salarial-regional-de-sp/>>. Acesso em: 23 ago. 2016.
- SILVA, A. P. D.; FERIGATO, S. H. Saúde mental e trabalho: diálogos sobre direito, desejo e necessidade de acesso. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 25, n. 4, p. 803-816, 2017. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1689/914>>. Acesso em: 23 dez. 2017.
- SILVA, L. J.; SILVA, L. R. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 393-401, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200022>>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- SILVESTRINI, M. S.; CARDOSO, M. L. M.; REGO, B. R. Desafios na construção de um grupo de gestantes na Unidade de Saúde da Família. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 603-607, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322%2Fcto.2014.082>>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.
- STASEVSKAS, K. O. *Ser mãe: narrativas de hoje*. 1999. 195 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-16032005-141212/pt-br.php>>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev. Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 2, n. 10, p. 483-492, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972>>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- WANG, C. C. et al. Photovoice as a participatory health promotion strategy. *Health Promotion International*, Austrália, v. 13, n. 1, p. 75-86, 1998. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.75>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

Contribuição dos Autores

Todas as autoras participaram da elaboração, análises e revisão do texto, são responsáveis pelo seu conteúdo e aprovaram a versão final do texto.

Fonte de Financiamento

PIBIC/CNPq/UFSCar - Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.

Notas

- ¹ O termo cisgênero é usado para se referir a uma pessoa cujo sexo de nascimento corresponde às expectativas sociais sobre sua identidade de gênero. Por outro lado, transgênero é a pessoa cujo sexo de nascimento não corresponde às expectativas sociais sobre a sua identidade de gênero (BAGAGLI, 2017). Considerando a existência de mulheres cisgênero e transgênero, vale ressaltar que a gestação é uma condição biológica para mulheres cisgênero e homens transgênero, ou seja, pessoas nascidas com corpos biologicamente “ditos femininos” e que nasceram e se mantêm com útero.
- ² A pintura corporal consistiu na pintura livre da barriga, conforme o desejo das mulheres e suas projeções referentes à gestação.
- ³ O mapa corporal consiste em reproduzir uma cópia do corpo em tamanho real e preenchê-la com pinturas, desenhos, recortes e colagens, entre outras técnicas, para abordar um determinado assunto, partindo de uma pergunta inicial (DAVY et al., 2014).
- ⁴ A *photovoice* é uma ferramenta utilizada para produzir dados em pesquisas que visa dar visibilidade à voz dos participantes por meio de registros fotográficos e legendas construídas pelos próprios sujeitos da pesquisa. Após a apresentação do objeto de pesquisa, os participantes tiram fotos e depois, com estas impressas, produzem legendas que expliquem o que aquele registro de imagem significa para responder à questão colocada (WANG et al., 1998). Nesta pesquisa, foi pedido às participantes que registrassem a corporeidade gestante que elas enxergassem enquanto realizavam as pinturas corporais.
- ⁵ Para calcular a renda média familiar, utilizaram-se dados do site do governo estadual de São Paulo (SÃO PAULO, 2016), segundo os quais referem que o valor do salário mínimo é de R\$ 1.000,00, de acordo com a Lei nº 16.162, aprovada em 14 de março de 2016 (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2016).