



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO**



JULIANA FERNANDES FILGUEIRAS MEIRELES

**IMAGEM CORPORAL E FATORES ASSOCIADOS À GESTAÇÃO: INVESTIGAÇÃO
TRANSVERSAL E LONGITUDINAL**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Elisa Caputo Ferreira

Juiz de Fora

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO



JULIANA FERNANDES FILGUEIRAS MEIRELES

IMAGEM CORPORAL E FATORES ASSOCIADOS À GESTAÇÃO: INVESTIGAÇÃO
TRANSVERSAL E LONGITUDINAL

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Juliana Fernandes Filgueiras Meireles.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Elisa Caputo Ferreira

Juiz de Fora


2015


Juliana Fernandes Filgueiras Meireles


IMAGEM CORPORAL E FATORES ASSOCIADOS À GESTAÇÃO: INVESTIGAÇÃO
TRANSVERSAL E LONGITUDINAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia por Juliana Fernandes Filgueiras

Dissertação defendida e aprovada em 23 de fevereiro de dois mil e quinze, pela banca constituída por:


Orientadora: Profa. Dra. Maria Elza Caputo Ferreira
Universidade Federal de Juiz de Fora


Presidente: Prof. Dr. Leão Moura Lourenço
Universidade Federal de Juiz de Fora


Membro Titular: Profa. Dra. Fabiane Prota da Rocha Morgado
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

A todos que contribuíram para que
tudo desse certo no fim!

AGRADECIMENTOS

“No fim, tudo dá certo!”.

Bordão repetido por mim várias vezes durante esses dois anos de muito trabalho. E se “deu certo” é porque contei com pessoas insubstituíveis ao meu lado, que contribuíram direta ou indiretamente para o final feliz. Por isso, quero e preciso deixar registrado os meus sinceros agradecimentos.

A Deus, por te me concedido sabedoria, perseverança e pessoas especiais. Sem tais fatores certamente não teria dado conta.

Ao meu pai Joaquim e minha mãe Sônia, que sempre me apoiaram incondicionalmente na busca por este sonho. Obrigada por terem acreditado na minha capacidade e me acharem “a melhor”. Isso só me fortaleceu e me fez tentar, não ser “a melhor”, mas a fazer o melhor de mim. Amo vocês!

Ao meu irmão Rodrigo, que é sinônimo de bondade e irmandade. Mais uma vez: sem a sua ajuda, esse sonho não seria possível. Obrigada!

Ao meu marido Léo, que fez dos meus sonhos os nossos sonhos. Eu te amo e te amarei por “Thousand Years”.

À minha (mais que querida) professora Maria Elisa. Você não foi somente orientadora, mas, em vários momentos, conselheira, confidente, mãe e amiga. Você é um exemplo profissional e pessoal para mim. Muito obrigada!

Ao amigo Pedro Carvalho, que esteve sempre pronto ajudar. Seu apoio, palavras e ensinamentos foram essenciais para a conclusão dessa etapa. Muito obrigada por tudo, principalmente, pela amizade.

À minha amiga Clara Mockdece, pela participação fundamental no início, meio e fim deste trabalho. Estivemos, estamos e estaremos sempre juntas, amiga. Muito obrigada!

Aos membros do Laboratório de Estudos do Corpo (LABESC), pelo apoio, convivência, auxílio e troca de conhecimento. Aninha, Camila, Carla, Carlos, Emerson, Fernanda Dias, Fernanda Oliveira, Flávia, Giselle, Jéssica, Joana, Juninho, Léo, Lucas, Luciana e Valtinho: a vocês ficam meus sinceros agradecimentos.

Aos amigos, alunos e bolsistas do LABESC, que por vezes se desdobraram para me ajudar. Em especial: Marcella Paticcié, Laís Brinati, Luiza Pereira e Mariana de Paula, muito obrigada.

Aos médicos que entenderam a importância do desenvolvimento desta pesquisa e contribuíram para o desenvolvimento da mesma. Dr^a. Sônia Fernandes, Dr. Antônio Amilton,

Dr. Geraldo Antônio, Dr. José Barata Júnior, Dr. Waldir Jorge, Dr^a. Cristiane Rodrigues, Dr^a. Elízia Márcia, Dr^a. Maria de Fátima Lameirinhas, Dr^a. Regina de Oliveira e Dr^a. Rosely Bianco, muito obrigada!

Ao Fabrício Silva, do Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora, pelas informações fornecidas.

Aos funcionários do Departamento de Saúde da Mulher, que disponibilizaram as condições necessárias para o desenvolvimento de uma parte fundamental deste trabalho.

Às funcionárias do Banco de Leite de Juiz de Fora, da Cedimagem e à enfermeira Nelma que estiveram sempre prontas a ajudar.

À minha tia Cida, que, mesmo com suas muitas funções, ainda achou uma forma de me ajudar. Muito obrigada, tia!

As gestantes voluntárias desta pesquisa. Muito obrigada pelo envolvimento e tempo dispendido nesta investigação. Sem vocês este trabalho não seria possível.

Aos amigos, em especial, Laurinha, Mayara, Nath, Laís, Mari, Jaque e Hanna, que cooperaram para que a caminhada fosse mais leve.

À professora Marle dos Santos Alvarenga que teve grande contribuição na fase de desenvolvimento da presente dissertação.

Aos professores Fabiane Frota da Rocha Morgado e Lélío Moura Lourenço, por terem aceitado tão prontamente contribuir para o engrandecimento desse trabalho. Muito obrigada.

Aos demais professores do mestrado do Programa de Pós Graduação em Psicologia, que contribuíram com a minha formação acadêmica.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro concedido.

Ninguém vence sozinho. A todos, muito, muito obrigada!

RESUMO

Justificativa: Durante a gestação, uma imagem corporal negativa é de particular importância, pois pode ter implicações graves para a saúde materna e infantil. **Objetivo geral:** Avaliar atitudes relacionadas à imagem corporal (atratividade, autodepreciação, gordura total, saliência do corpo, percepção de gordura na porção inferior do corpo e força e fitness) de gestantes na cidade de Juiz de Fora/MG. **Métodos:** Este estudo adotou multimétodos de investigação, quais sejam: quantitativo, descritivo, correlacional, transversal e longitudinal. Participaram da pesquisa, no total, 386 gestantes que realizavam o pré-natal nos setores público e privado da cidade de Juiz de Fora/Minas Gerais (MG), entre 18 a 46 anos de idade (média de $29,32 \pm 6,04$ anos), sendo que 17 destas foram avaliadas longitudinalmente. Os instrumentos utilizados para avaliação foram: *Body Attitudes Questionnaire*, *Eating Attitudes Test - 26*, *Beck Depression Inventory*, *Rosenberg Self-esteem Scale*, a versão curta do *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory* e questionário sociodemográfico. Ademais, foram coletados dados antropométricos e obstétricos. **Resultados:** 1) As atitudes relacionadas à imagem corporal de gestantes no primeiro trimestre foram similares aos daquelas no segundo e terceiro trimestre. Aquelas classificadas com maior IMC e alto risco gestacional apresentaram imagem corporal mais negativa. As variáveis sociodemográficas, econômicas e obstétricas não influenciaram estatisticamente a variância das atitudes corporais. Apenas o IMC foi preditor significativo de aspectos da dimensão atitudinal da imagem corporal nas grávidas avaliadas. 2) As atitudes alimentares inadequadas, a baixa autoestima, os sintomas depressivos e o elevado IMC influenciaram as atitudes corporais negativas das gestantes avaliadas. Os resultados indicaram que 20,47% e 12,17% das participantes, respectivamente, apresentaram condutas alimentares deletérias à saúde e sintomas de depressão. 3) O IMC, as atitudes corporais negativas e o “sentimento de gordura” aumentaram progressivamente ao longo da gestação. As atitudes alimentares, os sintomas depressivos, a autoestima e a ansiedade estado não diferiram estatisticamente nos três momentos avaliados. Além disso, o IMC foi preditor das atitudes direcionadas ao corpo no primeiro trimestre, enquanto as atitudes alimentares no segundo e terceiro trimestre. **Conclusão:** São necessários estudos futuros que objetivem a criação de ferramentas avaliativas da imagem corporal de gestantes brasileiras. Isso tornaria possível uma maior compreensão das preocupações particulares relacionadas ao corpo nessa fase da vida da mulher, o que pode refletir no bem-estar e na saúde da mãe e bebê.

Palavras-Chave: Imagem corporal, atitude corporal, gestante, gravidez, adultos.

ABSTRACT

Justification: During pregnancy, a negative body image is of particular importance because can have serious implications for maternal and child health. **General Objective:** To evaluate attitudes related to body image (attractiveness, disparagement, feeling fat, salience, lower body fatness and strength and fitness) of pregnant women in the city of Juiz de Fora/MG. **Methods:** This study adopted multimethod research, namely: quantitative, descriptive, correlational, transversal and longitudinal. A total of 386 pregnant women who received prenatal care in the public and private sectors of the city of Juiz de Fora/Minas Gerais (MG), 18 to 46 years old (mean 29.32 ± 6.04 years old), and 17 of these took part in longitudinal study. The instruments used to evaluate were: Body Attitudes Questionnaire, Eating Attitudes Test-26, Beck Depression Inventory, Rosenberg Self-esteem Scale, the short version of the Brazilian State-Trait Anxiety Inventory and sociodemographic questionnaire. In addition, anthropometric and obstetric data were collected. **Results:** 1) The body attitudes of pregnant women in the first trimester were similar to those in the second and third trimester. Pregnant women classified with higher BMI and high gestacional risk showed higher negative body image. Socio-demographic, economic and obstetric variables did not statistically influence the variance of body attitudes. Only BMI was significant predictor of attitudinal dimension aspects of body image in pregnant woman. 2) Inadequate eating attitudes, low self-esteem, depressive symptoms and high BMI influenced the negative body attitudes of the pregnant women. The results indicated that 20.47% and 12.17% of participants, respectively, had inadequate eating attitudes and depressive symptoms. 3) BMI, negative body attitudes and the "feeling fat" increased progressively throughout pregnancy. Eating attitudes, depressive symptoms, self-esteem and anxiety state did not differ in these three conditions. In addition, BMI was a predictor of negative body attitudes in the first trimester, while inadequate eating attitudes in the second and third trimester. **Conclusion:** Studies are necessary aiming the creation of evaluative tools of body image of Brazilian pregnant women. This would make possible a greater understanding of the particular concerns related to the body at this stage of a woman's life, which may reflect the well-being and health of the mother and baby.

Keywords: Body image, body attitude, pregnant woman, childbearing, adults.

LISTA DE SIGLAS

APA	Associação de Psiquiatria Americana
BAQ	<i>Body Attitudes Questionnaire</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CID-10	Código Internacional de Doenças
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DVEA	Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental
EAT-26	<i>Eating Attitudes Test - 26</i>
G	Gramma
IMC	Índice de Massa Corporal
Kg	Quilograma
M	Metro
MG	Minas Gerais
Mm	Milímetro
OMS	Organização Mundial da Saúde
RSS	<i>Rosenberg Self-esteem Scale</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSPJF	Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora
STAI	<i>Brazilian State-Trait Anxiety Inventory</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I	Artigo de Revisão - Insatisfação Corporal em Gestantes: Uma Revisão Integrativa da Literatura	64
ANEXO II	Parecer Consusbtanciado do Comitê de Ética	66
ANEXO III	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	68
ANEXO IV	Questionário sociodemográfico	69
ANEXO V	Critério de Classificação Econômica Brasil	70
ANEXO VI	Avaliação do estado nutricional da gestante acima de 18 anos, segundo o IMC por semana gestacional	71
ANEXO VII	<i>Body Attitudes Questionnaire</i>	72
ANEXO VIII	<i>Eating Attitudes Test - 26</i>	73
ANEXO IX	<i>Beck Depression Inventory</i>	74
ANEXO X	<i>Rosenberg Self-esteem Scale</i>	76
ANEXO XI	<i>Brazilian State-Trait Anxiety Inventory – versão curta</i>	77

SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
LISTA DE SIGLAS	viii
LISTA DE ANEXOS	ix
APRESENTAÇÃO	12
INTRODUÇÃO	14
OBJETIVOS	17
OBJETIVO GERAL	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
CAPÍTULO 1: REFERENCIAL TEÓRICO	18
1.1 GESTAÇÃO	18
1.1.1 O Primeiro Trimestre	21
1.1.2 O Segundo Trimestre	23
1.1.3 O Terceiro Trimestre	25
1.2 IMAGEM CORPORAL E SEUS COMPONENTES	26
1.3 ATITUDE ALIMENTAR	29
1.4 DEPRESSÃO	31
1.5 AUTOESTIMA	33
1.6 ANSIEDADE	35
CAPÍTULO 2: MÉTODOS	37
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	37
2.2 ASPECTOS ÉTICOS	37
2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	38
2.3.1 Critérios de Inclusão	39
2.3.2 Critérios de Exclusão	39
2.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	39
2.4.1 Questionário Sociodemográfico	39
2.4.2 Critério de Classificação Econômica Brasil	40
2.4.3 Prontuário da gestante	40
2.4.3.1 Dados Antropométricos	40
2.4.3.2 Dados Obstétricos	41

2.4.4 <i>Body Attitudes Questionnaire</i>	41
2.4.5 <i>Eating Attitudes Test - 26</i>	42
2.4.6 <i>Beck Depression Inventory</i>	42
2.4.7 <i>Rosenberg Self-esteem Scale</i>	43
2.4.8 <i>Brazilian State-Trait Anxiety Inventory - versão curta</i>	43
2.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	44
2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	45
CAPÍTULO 3: RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
3.1 ARTIGO 1 - IMAGEM CORPORAL DE GESTANTES: ASSOCIAÇÕES COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, ANTROPOMÉTRICAS E OBSTÉTRICAS.....	47
3.2 ARTIGO 2 - IMAGEM CORPORAL E FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDEZ	49
3.3 ARTIGO 3 - ARTIGO 3 - FATORES ASSOCIADOS À IMAGEM CORPORAL EM GESTANTES: UM ESTUDO LONGITUDINAL.....	51
CAPÍTULO 4: CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	56
ANEXOS	64

APRESENTAÇÃO

Conhecer a imagem corporal de gestantes é um tema que vem me inquietando nos últimos cinco anos. Entretanto, o contato com duas pessoas que estudam e lidam diretamente com pacientes grávidas e seus filhos aconteceu desde a mais tenra idade. Desde pequena, os assuntos relacionados à “gestação”, “mães”, “bebês” e “crianças” estiveram presentes em casa, com minha mãe ginecologista/obstetra e meu pai pediatra/neonatologista. Filha de dois médicos, a maioria das ligações recebidas em casa era de pacientes ansiosas por conseguirem falar com meu pai ou minha mãe e também por contarem suas necessidades. Muitas das vezes, a atendente deveria não só informar os telefones dos pais, como também ser uma boa ouvinte dessas pessoas. Assim, o contato com gestantes era mais que uma vez ao dia.

Além disso, no ano de 2008, ingressei no curso de graduação em Educação Física. No meu segundo período de faculdade, na disciplina “Crescimento e Desenvolvimento”, eu e meu grupo fomos sorteados para desenvolver um trabalho sobre a primeira infância. Com intuito de entender mais do que essa fase da vida, fizemos entrevistas com médicos, gestantes e mãe de bebês nessa faixa etária. Foi uma experiência muito válida e, mais do que isso, instigante.

Nessa mesma disciplina, conheci a professora Maria Elisa (minha atual orientadora) que fez um convite a toda a turma: fazer parte do seu grupo de estudos, cujo tema principal era (e ainda é) Imagem Corporal. Sempre muito curiosa, aceitei a proposta e comecei a estudar sobre a temática. Fui bolsista de iniciação científica, o que me aproximou ainda mais da área de pesquisa. Nos meus estudos, percebi que a área de imagem corporal em gestantes no Brasil era ainda pouco explorada, entendendo que poderia ser uma área de estudos para mim.

Dessa forma, dizem que não somos nós que escolhemos nosso tema de estudo, mas sim o tema de estudo que nos escolhe. Assim, somado ao meu envolvimento desde pequena com médicos e gestantes e ao convite da professora Maria Elisa de participar do grupo de estudos sobre imagem corporal, a temática que me interessava ainda precisava (e ainda precisa) de maior atenção dos pesquisadores. Nesse sentido, em 2011, apresentei meu trabalho de conclusão de curso sobre imagem corporal em gestantes. Todavia, questões ainda precisavam ser respondidas e melhor exploradas.

Sendo assim, juntamente com a minha orientadora, traçamos o projeto da presente dissertação a fim de buscar um aprofundamento no estudo da imagem corporal de gestantes

brasileiras. Sabíamos do desafio que seria coletar um elevado número de dados nesse público que é, geralmente, de difícil acesso. Todavia, pude contar com a ajuda e contato dos meus pais, o que, com certeza, tornou possível a obtenção dos dados, tanto do setor privado quanto do setor público.

Espero que a presente investigação seja lida e apreendida por profissionais que lidam diretamente com gestantes (educadores físicos, psicólogos, nutricionistas, médicos, entre outros). Acredito que esta é um avanço na área, na medida em que avalia a imagem corporal e fatores influenciadores (Índice de Massa Corporal, depressão, autoestima, atitude alimentar, ansiedade, dados sociodemográficos, econômicos e obstétricos), através de investigação transversal e longitudinal. Ademais, anseio que estas informações possam beneficiar as gestantes na medida em que sejam promovidas ações de orientação psicológica, prevenção de psicopatologias e promoção da saúde, refletindo no bem-estar materno e infantil.

Boa leitura.

INTRODUÇÃO

A imagem corporal é a representação mental do corpo (Schilder, 1999). Experiências fisiológicas, emocionais e sociais são fatores influenciadores desta (Cash & Smolak, 2011). Segundo Gleeson e Frith (2006), esse contrato multidimensional sofre grandes mudanças ao longo da vida, agregando informações por meio das experiências dos indivíduos.

A gestação é um período de profunda complexidade na vida da mulher (Bento, 2009; Brasil, 2005; DiLeo, 2006; Mehta, Siega-Riz, & Herring, 2011), e, durante essa fase, ocorrem rápidas mudanças em um curto período de tempo (aproximadamente 40 semanas) (Clark, Skouteris, Wertheim, Paxton, & Milgrom, 2009; Mann, Kleinpaul, Mota, & Santos, 2010). Esse processo compreende tanto modificações fisiológicas quanto psicológicas, sociais e culturais, destacando-se: elevação significativa de massa corporal, acúmulo de adiposidade, instabilidade emocional, medo, ansiedade, transição do papel social de filha e mulher para mãe (Bento, 2009; Bjelica, 2004; Clark et al., 2009; Huizink, Medina, Mulder, Visser, & Buitelaar, 2003; Segato, Andrade, Vasconcellos, Matias, & Rolim, 2009). Sendo assim, tais variações poderão repercutir de forma expressiva no dia a dia da mulher. Portanto, a imagem corporal da gestante poderá sofrer alterações expressivas no decorrer dos nove meses.

Somado a isso, segundo Schilder (1999), a interação social exerce influência na estrutura da imagem corporal. Atualmente, existe forte tendência cultural em considerar a magreza como situação ideal de aceitação social para as mulheres (Dittmar, 2009; López-Guimerà, Levine, Sánchez-Carracedo, & Fauquet, 2010). O corpo grávido, naturalmente, tende a não se enquadrar nesse ideal. Nesse público, a maioria das alterações corporais é parte natural da gestação e é de fundamental importância, pois tem como objetivo proporcionar condições para o adequado crescimento e desenvolvimento fetal em equilíbrio com o organismo materno (Bento, 2009; Brasil, 2005; DiLeo, 2006; Mehta et al., 2011). Ainda assim, as mudanças físicas podem ser de difícil aceitação (Robertson-Frey, 2005).

Ao longo da gravidez, as mulheres tendem a reavaliar sua imagem corporal à medida que aumenta seu tamanho e muda a forma do corpo (Skouteris, Carr, Wertheim, Paxton, & Duncombe, 2005). Durante a gestação, uma imagem corporal negativa é de particular importância, pois pode influenciar, por exemplo, na adesão de dietas inadequadas e restritivas (Dunker, Alvarenga, & Alves, 2009; DiPietro, Millet, Costigan, Gurewitsch, & Caulfield, 2003; Duncombe, Wertheim, Skouteris, Paxton, & Kelly, 2008; Herring et al., 2008) e depressão pré e pós-natal (Downs, DiNallo, & Kirner, 2008; Sweeney & Fingerhut, 2013), o

que por sua vez podem ter implicações graves para a saúde materna e infantil (Fuller-Tyszkiewicz, Skouteris, Watson, & Hill, 2012).

Vale ressaltar que estudos têm identificado, em diversas amostras, relações da imagem corporal, com: atitude alimentar inadequada (Carvalho, Filgueiras, Neves, Coelho, & Ferreira, 2013; Fortes, Amaral, Almeida, & Ferreira, 2013; Fortes, Matta, Paes, & Ferreira, 2012), baixa autoestima (Meurer, Benedetti, & Mazo, 2009; Pinheiro & Giugliani, 2006), sintomas depressivos (Almeida, Zanatta, & Rezende, 2012; Modoio et al., 2011; Ximenes, Couto, & Sougey, 2010), maiores níveis de ansiedade (Almeida et al., 2012), Índice de Massa Corporal (IMC) mais elevado (Laus, Miranda, Almeida, Costa, & Ferreira, 2012; Perini et al., 2009), maiores níveis socioeconômicos (Pereira, Graup, Lopes, Borgatto, & Daronco, 2009; Vale, Kerr, & Bosi, 2011), entre outros. Segundo Skouteris et al. (2005), os fatores relacionados à imagem corporal na população geral também podem se mostrar impactantes durante a gestação. Por isso, é possível que exista relação entre essas variáveis e os sentimentos, pensamentos e comportamentos de gestantes.

À vista disso, a imagem corporal em grávidas tem despertado a atenção de diferentes pesquisadores, atualmente, com destaque no cenário internacional (Gow, Lydecker, Lamanna, & Mazzeo, 2012; Loth, Bauer, Wall, Berge, & Neumark-Sztainer, 2011; Sui, Turnbull, & Dodd, 2013; Sweeney & Fingerhut, 2013). Com base na revisão integrativa (Filgueiras, Neves, Carvalho, & Ferreira, no prelo; ANEXO I), foi identificado apenas um estudo brasileiro que avaliasse a imagem corporal em gestantes. Ademais, também não foram encontrados estudos no Brasil que avaliassem longitudinalmente as alterações de comportamento, pensamentos e sentimentos ao longo dos períodos de gestação. Dessa forma, torna-se fundamental preencher tais lacunas do conhecimento com a realização de estudos que investiguem a imagem corporal e sua relação com as atitudes alimentares, os sintomas depressivos, a autoestima, a ansiedade e o IMC de gestantes brasileiras, transversal e longitudinalmente.

Assim, dada à angústia que muitas mulheres experimentam com a mudança em seus corpos durante a gravidez, foram formuladas as seguintes hipóteses: 1) as gestantes podem estar propensas a apresentar uma imagem corporal negativa; 2) as atitudes frente ao corpo podem estar relacionadas às atitudes alimentares inadequadas, baixa autoestima, níveis de ansiedade elevados, sintomas depressivos, IMC mais elevado, bem como ao nível socioeconômico e às variáveis obstétricas; 3) é possível que as variáveis estudadas se comportem de maneira distinta ao longo da gestação nas mesmas mulheres.

Dessa forma, espera-se que este trabalho traga esclarecimentos para agentes de saúde que lidam diretamente com o público de gestantes (educadores físicos, médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, entre outros) e amplie o conhecimento sobre a imagem corporal e fatores influenciadores desta nesse público. Assim, torna-se possível possibilitar às mulheres melhor assistência, enquanto elas lidam com as mudanças corporais que estão necessariamente associadas à gestação. Isso refletiria diretamente no bem-estar e na saúde materno infantil, inclusive tornando a gravidez um período de prazer corporal.

Os conteúdos investigados neste trabalho apresentam-se divididos em quatro capítulos, a saber: 1º) Referencial teórico, o qual embasou a presente pesquisa, especificando os aspectos relativos à gestação e conceituando as variáveis que foram estudadas (imagem corporal, atitude alimentar, depressão, autoestima e ansiedade); 2º) Métodos, os quais foram escolhidos para responder aos objetivos da pesquisa, estando descritos: os aspectos éticos, a caracterização do estudo, a população e amostra, os critérios de inclusão e exclusão, os instrumentos de avaliação, os procedimentos para coleta de dados e a análise estatística; 3º) Resultados, os quais foram divididos em três estudos de acordo com os objetivos da dissertação; e por fim 4º) Considerações finais e apontamentos para pesquisas futuras. A seguir, os objetivos da presente dissertação estão apresentados em tópicos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar atitudes relacionadas à imagem corporal (atratividade, autodepreciação, gordura total, saliência do corpo, percepção de gordura na porção inferior do corpo e força e fitness) de gestantes na cidade de Juiz de Fora/Minas Gerais (MG).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar atitudes relacionadas à imagem corporal de gestantes em seus diferentes períodos de gestação, nas categorias do IMC e na presença ou não de condição de risco gestacional;

Analisar a relação de variáveis sociodemográficas, econômicas, antropométricas e obstétricas com atitudes relacionadas ao corpo de gestantes;

Verificar possíveis relações entre atitudes corporais e atitude alimentar, níveis de depressão, autoestima, ansiedade e IMC;

Analisar as prevalências de sintomas depressivos e atitudes alimentares inadequadas em gestantes;

Comparar atitudes corporais, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima, ansiedade e IMC de gestantes no primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional;

Verificar a influência que as variáveis estudadas exercem sobre atitudes corporais em diferentes momentos ao longo da gestação.

CAPÍTULO 1: REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, apresenta-se o referencial teórico que embasa esta pesquisa. Inicialmente, é realizada uma descrição do contexto no qual a grávida está envolvida. Essa conjuntura engloba aspectos físicos, psicológicos e hormonais, os quais estão em constante alteração durante essa fase específica da vida da mulher. Apesar de cada gestação ser única e incomparável, a sequência de acontecimentos e possíveis sintomas vividos por milhares de mulheres são similares.

Em seguida, são abordados os conceitos, de maneira objetiva e pontual, do construto denominado imagem corporal, bem como uma de suas dimensões conhecida como "atitudinal" e possíveis variáveis associadas (atitude alimentar, depressão, autoestima e ansiedade), as quais são temas-chave desta dissertação. Ademais, são apresentadas as possíveis relações entre essas variáveis e a gestação.

Por fim, vale ressaltar que a revisão integrativa da literatura, realizada com o intuito de destacar as publicações que tiveram como temas-chave: imagem e insatisfação corporal em gestantes, corresponde ao ANEXO I desta dissertação.

1.1 GESTAÇÃO

O conjunto de conhecimentos historicamente construídos muda o significado do engravidar e a forma como as mulheres engravidam. O modo pelo qual a maternidade é vista atualmente foi construído ao longo dos anos, influenciado pelas mudanças e adaptações de fatores sociais, culturais, fisiológicos e emocionais (Cairolli, 2009). No decorrer da história, segundo Riechelmann (1997), mulher, homem e filhos tiveram suas relações modificadas, entretanto, ainda só as mulheres podem contribuir com o gerar. Sobre isso, Bombassaro, Tavares e Campana (2008, p. 1) adicionam ainda que “o como gerar, é uma contribuição do mundo à mulher”.

A gravidez se refere ao período a partir da fecundação de um óvulo pelo espermatozoide, resultando no desenvolvimento do feto no útero até seu nascimento (Bento, 2009; DiLeo, 2006). Esse é um processo fisiológico natural no qual a mulher atravessa transformações que repercutem de forma expressiva no seu dia a dia (Mann et al., 2010;

Murkoff, Eisenberg, & Hathaway, 2012). Essas mudanças são de fundamental importância, pois ocorrem em resposta ao crescimento e desenvolvimento fetal (Bento, 2009; DiLeo, 2006).

A mãe e o bebê estarão ligados pelo chamado cordão umbilical. Através dessa ligação, a grávida fornecerá toda a "matéria-prima" para o feto se desenvolver (Bento, 2009). Apesar de o senso comum apontar que a gestante precisa "comer por dois", os médicos e os nutricionistas afirmam que é necessário apenas 300 calorias a mais por dia para garantir o bem-estar para mãe e bebê (Rotman, 2008). Não é apenas a quantidade que a mulher deve estar atenta, mas também a qualidade do que se come. Dessa forma, o peso exerce influência sobre todo o organismo, o qual será solicitado em ritmos diferentes ao longo da gestação (Bento, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, o ganho de peso ao longo da gravidez está relacionado ao estado nutricional pré-gestacional de cada gestante (Brasil, 2012a). Dessa forma, o médico indicará o valor mínimo e máximo de peso que a grávida poderá acumular no percurso gestacional de acordo com o seu IMC inicial. Por exemplo: gestantes com IMC adequado devem ganhar, ao fim da gestação, entre 11,5 e 16,0 quilogramas (kg) (Brasil, 2012a). Através da avaliação clínica, o médico verificará quantos quilos a paciente já ganhou e o quanto ela poderá acumular até o final da gestação. Ressalta-se ainda que pode haver recomendação específica para ganho de peso ao longo de cada semana gestacional, variando segundo o IMC inicial.

Apesar de ser parte natural da gestação, justamente devido a esse ganho de peso, muitas mulheres, ao se descobrirem grávidas, imediatamente entram em conflito com seus valores e conceitos de estética, beleza e sensualidade (Bento, 2009). Somado a isso, as unhas e cabelos que crescem mais rápido; o corpo que está mais quente e pode provocar uma sudorese maior; o aparecimento de estrias; o agravamento das celulites e das varizes; e a pigmentação da pele, que também pode mudar durante a gravidez (DiLeo, 2006), podem fazê-las pensar que se tornaram desinteressantes e deselegantes, principalmente aos olhos dos parceiros (Bento, 2009).

Além da atenção relacionada à alimentação, outra forma de controlar o ganho de peso pode se dar através da prática de exercício físico. Essas atividades desempenhadas de maneira adequada às mudanças advindas da gravidez podem trazer diversos benefícios à saúde dessa mãe, a saber: manutenção ou melhora do condicionamento físico, menor risco de parto prematuro, diminuição do risco de diabetes gestacional, melhora da autoestima e da imagem corporal, diminuição da ansiedade e do risco de depressão, entre outros (Goodwing,

Astbury, & McMeecken, 2000; Segato et al., 2009). Para o feto, aumento do peso ao nascer e melhoria da condição nutricional podem ser proporcionados através dessa prática apropriada (Batista, Chiara, Gugelmin, & Martins, 2003).

O que pode influenciar para a prática ou não de exercício físico, e o tipo do mesmo, é a condição da gestação, a qual será examinada através de uma anamnese e documentada no prontuário da gestante (Brasil, 2005). Neste documento, serão descritos os dados obstétricos da gestante os quais devem englobar: história clínica (identificação, antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos, dados da gravidez atual - por exemplo, data da última menstruação, massa corporal e estatura prévios e uso de medicamentos); dados do exame físico (geral - por exemplo, medida de massa corporal, estatura e pressão arterial; e específico, por exemplo, exame de mamas, medida da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais) e exames complementares (Brasil, 2005). Além disso, o cálculo do número de semanas, a data provável do parto e presença de riscos gestacionais são dados obstétricos que devem estar presentes no prontuário de cada gestante (Brasil, 2005). Ao processar estes dados, o médico terá melhor condição de tomar as decisões que irão direcionar uma assistência com maior qualidade e segurança à gestante. Ressalta-se que é indispensável que esta avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em todas as consultas pré-natal (Brasil, 2005).

Toda gravidez é considerada de risco, entretanto existem aquelas de risco habitual e outras de alto risco. Algumas gestantes, por características específicas, podem apresentar maior possibilidade de má evolução da gravidez (Brasil, 2012a; DiLeo, 2006). Assim, na gestação de alto risco, a saúde da mãe e/ou do feto pode estar mais comprometida. Existem fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação, os quais podem estar relacionados às características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis (por exemplo, idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos, anormalidades nos órgãos reprodutivos, dependência de drogas); ou à história reprodutiva anterior (por exemplo, abortamento, esterilidade/infertilidade); ou às condições clínicas preexistentes (por exemplo, hipertensão arterial, cardiopatias, endocrinopatias) (Brasil, 2012a). Somados a esses, existem também outros grupos de fatores de risco que estão relacionados às condições que podem surgir no decorrer da gestação, a saber: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos (agentes capazes de produzir danos ao embrião, por exemplo, medicamentos, radiação, agentes químicos); doença obstétrica (por exemplo, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia); e intercorrências clínicas (por exemplo, rubéola, toxoplasmose)

(Brasil, 2012a). A gestante será avaliada, instruída e as consultas pré-natal serão remar cadas de acordo com a indicação de risco.

Segundo o Ministério da Saúde, é recomendado que sejam realizadas no mínimo seis consultas pré-natal assim que confirmada a gravidez (Brasil, 2005). Preferencialmente, as gestantes devem ir às consultas pré-natal uma vez a cada quatro semanas até a 32ª semana de gestação. Depois, esses encontros vão se intensificando com o passar da gravidez. Ao final, as consultas podem ser semanais até o parto (Bento, 2009; DiLeo, 2006).

O chamado pré-natal é a assistência médica prestada à gestante durante os nove meses de gravidez, o qual vai cuidar da saúde não só da mãe, como também do bebê (Bento, 2009). De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção pré-natal objetiva assegurar à gestante o nascimento de uma criança saudável e garantir o bem-estar materno e fetal (Brasil, 2005). Bento (2006) ressalta ainda que as consultas servem mais do que garantir o bom andamento da gestação, mas também favorecem uma tranquilidade à mãe, bem como se tornam um momento de tirar dúvidas, de falar dos sentimentos e de como lidar com as mudanças que não param de acontecer.

A data do parto geralmente é designada como o dia após aproximadamente 40 semanas contadas a partir do primeiro dia da última menstruação regular. No entanto, há variações na população em geral, já que a gravidez chega ao termo entre 38 e 42 semanas (DiLeo, 2006). Essa duração da gestação é comumente dividida em três períodos gestacionais: primeiro, segundo e terceiro trimestre.

1.1.1 O Primeiro Trimestre

De acordo com alguns autores, a melhor maneira de se começar bem uma gravidez é através de uma programação, com meses de antecedência (Murkoff et al., 2012). "Seu bebê é o que você era antes de engravidar" (DiLeo, 2006, p. 11). Assim, o melhor cuidado pré-natal inicia-se antes mesmo da fecundação. Uma avaliação médica completa, que inclua exames laboratoriais, avaliação do fator Rh dos pais, verificação do cartão de vacina, ida ao dentista, por exemplo, bem como o estabelecimento do momento estratégico para a interrupção da ferramenta contraceptiva, são procedimentos indicados para uma programação de uma futura gravidez (DiLeo, 2006; Rotman, 2008).

Entretanto, "esse planejamento antecipado é um luxo" (Murkoff et al., 2012, p. 726). Apesar dos vários métodos contraceptivos e o acesso à informação, muitas vezes, uma gravidez acontece de forma inesperada devido a diversos fatores. Nesses casos, as dúvidas, as inseguranças e as emoções poderão ser ainda mais conflitantes (Bento, 2009). A questão é que, programada ou não, a chegada de um novo ser, quando ela acontece, requer assistência necessária à gestante para que ela possa lidar da melhor maneira possível com essa nova fase.

Desde os primeiros dias de concepção, várias mudanças começam a ocorrer no corpo da mulher, indicando que algo bem diferente pode estar se estabelecendo (Bento, 2009). Após a fecundação, os corpos reagem de maneiras distintas, pois cada mulher é única. Algumas apresentam mais sinais, outras menos. As percepções também podem ser diferentes. Por isso, a melhor maneira para se confirmar uma gestação é através de exames de sangue ou urina (Brasil, 2005). Por isso, após uma desconfiança de gravidez, é necessária tal confirmação para que todas as providências sejam tomadas, incluindo os exames de pré-natal.

Embora a gravidez humana dure aproximadamente 40 semanas, será durante o primeiro trimestre (1ª a 12ª semana) que o pequeno feto vai se formar (Murkoff et al., 2012). Segundo Bento (2006), este momento costuma ser o mais difícil para as futuras mães, pois é um período de adaptação a muitas novidades, emoções fortes e, às vezes, contraditórias. Novidades sim, pois mesmo que seja a segunda ou terceira gestação, a mesma é sempre única, dado que momentos diferentes podem influenciar em sentimentos distintos também. Contraditórias também, já que como o corpo precisa se adaptar ao novo morador, são muitas as alterações corporais provocadas na mãe, que por vezes são agradáveis, mas outras nem tanto (Kamysheva, Skouteris, Wertheim, Paxton, & Milgrom, 2008).

Esse período é marcado por pequenas alterações fisiológicas, tais como: aumento no volume e vascularização das mamas, náuseas e vômitos, aumento da necessidade de urinar, tonturas e sonolência (Murkoff et al., 2012). Além disso, algumas mulheres ainda relatam prisão de ventre, azia e aversão ou desejos a determinados alimentos. Assim, vale ressaltar que muito pouco pode ser observado a olho nu, já que a barriga ainda não cresceu quase nada. Entretanto, isso não quer dizer que a gestante não sentirá nada (Bento, 2009).

Durante a gravidez, muitos hormônios entram em ação, os quais são responsáveis também pelas alterações emocionais. Além disso, as mudanças físicas e orgânicas podem acontecer mais rapidamente do que a assimilação psicológica da gestante (Brasil, 2005). Dessa forma, dentre os fatores psicológicos, a instabilidade emocional – irritabilidade ou emotividade excessiva – e a ansiedade marcam esse período (Segato et al., 2009). Ademais, a

capacidade de ser mãe, a própria aparência física e sensualidade podem ser fatores de medo e dúvidas, podendo comprometer o senso de humor da gestante (Bento, 2009).

Vale destacar ainda mais uma preocupação da grávida: o aborto (Brasil, 2005). O primeiro trimestre é o momento no qual o abortamento é mais provável (DiLeo, 2006). Como um objeto estranho está se instalando no corpo da mulher, é possível que haja uma rejeição. As malformações e consequentes abortos espontâneos ocorrem em 20% das gestações diagnosticadas (Bento, 2009; DiLeo, 2006).

Portanto, toda gravidez é considerada de risco. No primeiro trimestre, a gestante pode ter sua gravidez classificada como alto risco, através do seu próprio histórico e dos exames solicitados pelo médico (Brasil, 2012a). Caso haja um histórico de condições pré-existentes - diabetes, hipertensão, doença na tireoide ou cardíaca, por exemplo, - a gestante estará fora do grupo de gravidez habitual (Brasil, 2012a). Além disso, no primeiro trimestre, sangramentos, gravidez múltipla, exposição a medicamentos, histórico de aborto, fumo e álcool ou uso de drogas são problemas que podem transformá-la em gravidez de alto risco (Brasil, 2012a).

Ao final do primeiro trimestre de vida, o pequeno feto já tem todos os seus órgãos e sistemas formados (Murkoff et al., 2012). É possível, através de um ultrassom, realizar um estudo morfológico completo do feto, ou seja, visualizar rosto, braços, pernas, mãos, pés e dedos (Bento, 2009). Nos próximos trimestres, o bebê vai aumentar de tamanho e amadurecer seus órgãos internos. Para tanto, as gestantes vão passar por mais transformações. Algumas delas estarão descritas a seguir.

1.1.2 O Segundo Trimestre

Enquanto o primeiro trimestre foi crucial para se estabelecer a base dos órgãos em desenvolvimento e um período de preocupações com a possibilidade de abortamento, segundo DiLeo (2006), o segundo trimestre é uma "pausa que refresca" (p. 104). Isso porque os conflitos estão minimizados, ou, pelo menos, não são mais tão impactantes como os experimentados até então. Embora, geralmente, a mulher já esteja adaptada à novidade, sentimentos variados e inconstantes podem rodear a gestante dependendo de como ela tem lidado com a gestação e do apoio que tem recebido do companheiro, dos filhos e dos familiares (Bento, 2009).

No segundo trimestre (13^a a 25^a semana), na maioria dos casos, a gravidez é nítida aos olhos de quem observa a mãe (Bento, 2009). A barriga já se torna visível e há um aumento progressivo do útero. Nessa etapa, a gestante começa a sentir os movimentos fetais, o que, em geral, causa muita alegria, já que a presença do bebê é concretamente sentida (Brasil, 2005). É nessa fase que as mudanças corporais se tornam mais nítidas: elevação significativa de massa corporal, acúmulo de adiposidade e mudança da forma do corpo (Clark et al., 2009).

Sendo assim, a gestante se identifica mais com a gravidez já que essas mudanças corporais são concretas e visíveis (Baião & Deslandes, 2008). Irritação, desânimo e melancolia ou alegria, disposição e otimismo podem estar em frequente oscilação, já que corpo e hormônios estão em constantes alterações (Bento, 2009; Brasil, 2005).

Em contrapartida à melhora dos enjoos e vômitos, é possível que haja dores nas costas e câimbras, pois as gestantes forçam a lordose lombar a fim de sustentar o peso da barriga (Bento, 2009). Dessa forma, a gestante pode mudar a postura e o modo de andar (Chang, Yang, Jensen, Lee, & Lai, 2011). Além disso, por conta da compressão do útero na bexiga, é possível que a vontade de urinar esteja aumentada (Murkoff et al., 2012). Ademais, são comuns dores e sensibilidade nas mamas devido ao aumento de volume dos seios ao longo da gestação (Bento, 2009; DiLeo, 2006).

Nesse período, o peso pode aumentar repentinamente devido à retenção de líquidos pelo organismo (DiLeo, 2006), além do fator dieta. Por isso, são frequentes as reclamações de gestantes com relação aos inchaços, principalmente nos pés. Quando essa retenção de líquidos é acompanhada de aumento da pressão sanguínea e de proteinúria, pode ser sinal de hipertensão arterial induzida pela gestação (Brasil, 2012a). Este é um dos fatores que pode fazer a gestação ser considerada de alto risco no segundo trimestre. Além de todas aquelas condições do primeiro trimestre, infecção urinária e redução do líquido amniótico também são outros exemplos de problemas que farão a gestante sair do grupo considerado risco habitual durante esta segunda etapa (Brasil, 2012a; DiLeo, 2006).

Ao final do segundo trimestre, o feto já desenvolveu a pegada capaz de agarrar o cordão umbilical, que resiste a toda essa atividade; os olhos podem abrir e fechar de acordo com a luminosidade, inclusive pode utilizar as mãos para proteger os olhos; as cordas vocais funcionam, embora não emita nenhum som antes do primeiro choro após o nascimento (Murkoff et al., 2012). Nessas condições, caso o bebê venha nascer nesse período, é possível que sobreviva com cuidados intensivos. Entretanto, os meses seguintes são fundamentais para seu desenvolvimento.

1.1.3 O Terceiro Trimestre

Na última fase da gestação, a proximidade com o parto e a chegada do bebê são os motivos principais que podem fazer com que a ansiedade da gestante aumente (Brasil, 2005). O medo da dor e complicações no parto e as responsabilidades que chegam junto com o bebê são pensamentos frequentes nessa fase. Sonhos e fantasias também são comuns, bem como um alívio devido à gestação estar quase terminando (Murkoff et al., 2012). O médico e o apoio das pessoas próximas podem ajudar na assimilação do momento, além de contribuir para um aumento da tranquilidade e segurança (Bento, 2006; Murkoff et al., 2012).

O terceiro trimestre (26^a a aproximadamente 40^a semana) é marcado por um maior desenvolvimento do bebê (50% do peso que ele nascerá é ganho nesse período), o que acarreta um aumento do peso materno (Bento, 2009; DiLeo, 2006). As queixas físicas aumentam durante essa etapa (Brasil, 2005). Os órgãos internos são os que mais sentirão as mudanças dessa fase, embora essas sejam percebidas externamente também. Essas alterações poderão ocasionar desconfortos, tais como: falta de ar, aumento da vontade de urinar, inchaços, cansaço, câimbras, dificuldade para dormir e se movimentar, dores nas pernas e nas costas (Brasil, 2005). Estes sintomas estão relacionados diretamente com o crescimento do bebê que comprime os órgãos da mãe.

Nessa reta final, além das complicações já destacadas no primeiro e segundo trimestre, também existem situações que fazem com que o médico classifique a gestante como de gravidez de alto risco. Crescimento fetal inadequado, quantidade anormal do líquido amniótico e posição anormal do bebê, são alguns exemplos dessas condições (Brasil, 2012a; DiLeo, 2006). Nesta fase, a assistência pré-natal também será oferecida de acordo com os fatores de risco de cada grávida.

Por fim, nos últimos meses, o bebê estará se debatendo para poder mexer, já que ele não dispõe mais de tanto espaço (Murkoff et al., 2012). Isso talvez gere uma preocupação na mãe, já que ela não sentirá mais os chutes tão vigorosos. O crescimento do cérebro é considerável neste período, e continuará assim pelos primeiros dois anos de vida (Murkoff et al., 2012). No caso de um parto prematuro no sétimo e oitavo mês, as chances de sobrevivência nesse período são boas (DiLeo, 2006; Murkoff et al., 2012).

Vale destacar que não existe um tipo de parto bom para todas as mulheres (Bento, 2009), sendo os mais comuns: vaginal e cesariana. Existem diversos fatores que podem influenciar na decisão do tipo de parto, e isso pode acontecer nos últimos segundos antes do

bebê nascer (Murkoff et al., 2012). Preparo psicológico e expectativas da mulher, da família e do companheiro, saúde materna e fetal e ambiente social são alguns fatores que geralmente são levados em consideração no momento desta decisão.

A partir do exposto acima, verifica-se que a gestação é um período específico da vida da mulher, no qual ela está exposta às intensas mudanças corporais e emocionais. Tendo em vista estas alterações, é de extrema importância a avaliação da imagem corporal durante a gravidez. Dessa forma, a presente pesquisa aborda o construto da imagem corporal, especificamente a dimensão atitudinal desta, durante a gestação.

1.2 IMAGEM CORPORAL E SEUS COMPONENTES

Atualmente, estudos nacionais e internacionais envolvendo a imagem corporal têm se intensificado na literatura científica (Ferreira, Castro, & Morgado, 2014). Segundo Schilder (1999), "entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós" (p. 11). Esse construto está em constante alteração (Gleeson & Frith, 2006). Cash e Smolak (2011) e Ferreira, Castro e Gomes (2005) destacam que ela pode ser influenciada por diversos fatores, tais como: sexo, idade, meios de comunicação, e por valores inseridos em uma cultura. Dessa forma, a imagem corporal é um fenômeno complexo, construído e estruturado em um contato contínuo com o mundo e ultrapassa os limites do corpo (Schilder, 1999).

Sobre a imagem corporal, Slade (1994) ainda acrescenta que esta compreende a percepção que cada um possui do tamanho, da forma e do contorno do próprio corpo, como também dos sentimentos em relação às essas características e às partes que o constituem. Assim, trata-se de um construto multidimensional, de construção atitudinal, emocional e de interação social, e que envolve características positivas e negativas (Cash & Pruzinsky, 2002).

Atualmente, os pesquisadores têm concordado em subdividir a imagem corporal em duas grandes dimensões: a perceptiva e a atitudinal (Cash & Smolak, 2011; Ferreira et al., 2014). A primeira está relacionada à exatidão da análise do tamanho, da forma e do peso corporal (Gardner, Stark, Jackson, & Friedman, 1999). Em outras palavras, a percepção da imagem corporal consiste na acurácia (ou inacurácia) do julgamento dos aspectos da aparência física.

A segunda é formada por insatisfação corporal, comportamentos, crenças e sentimentos relacionados ao corpo (Cash & Pruzinsky, 2002). Dessa forma, alguns autores ainda subdividem essa dimensão em três principais componentes, a saber: comportamental, cognitivo e afetivo (Cash & Pruzinsky, 2002; Slade, 1994; Thompson, 2004; Thompson & van den Berg, 2002).

A evitação da exposição corporal ao próprio olhar e ao olhar do outro e a relutância em reconhecer os limites da forma do corpo são exemplos que fazem parte do componente comportamental da dimensão atitudinal da imagem corporal (Cash & Pruzinsky, 2002). Somado a isso, a checagem corporal também é um recurso utilizado para aqueles que possuem uma imagem negativa do corpo. Dentre estes comportamentos, destacam-se: as pesagens e aferição de medidas corporais constantes, o uso de vestimentas que auxiliam na avaliação de mudanças corporais e os questionamentos a outras pessoas a respeito da própria forma e aparência física (Shafran, Fairburn, Robinson, & Lask, 2004).

O componente cognitivo refere-se às crenças e aos pensamentos críticos a respeito do próprio corpo (Cash & Pruzinsky, 2002). É uma parte da imagem corporal que está relacionada ao investimento na aparência física, ou seja, atitudes com o objetivo de manutenção e/ou melhora no aspecto físico como principal critério de autoavaliação. Artigos que verifiquem as crenças (pensamentos) em relação à aceitação de um padrão de aparência corporal socialmente estabelecido estão relacionados aos aspectos cognitivos da imagem corporal (Cash & Pruzinsky, 2002).

Por fim, o componente afetivo inclui emoções pessoais direcionados ao corpo, além da insatisfação corporal (Cash & Smolak, 2011). Dentre esses sentimentos destacam-se: ansiedade, disforia e desconforto com relação à própria aparência física. É importante afirmar que as atitudes corporais não compreendem apenas a insatisfação com o corpo (Scagliusi et al., 2005).

A insatisfação com o corpo faz parte da dimensão atitudinal da imagem corporal e está relacionada aos sentimentos e aos afetos dos indivíduos em relação ao seu próprio corpo (Cash & Pruzinsky, 2002). Ademais, esse componente tem sido conceituado como uma avaliação subjetiva negativa sobre o corpo (Cash & Smolak, 2011). Para Hart (2003), em alguns casos, a avaliação que o indivíduo faz de sua imagem corporal não corresponde à realidade, em que muitas vezes existe uma super ou subestimativa do seu peso e da sua forma, podendo gerar insatisfação corporal.

Vale ressaltar que, para o sexo feminino, historicamente, houve uma mudança do corpo considerado atrativo: em síntese, passou-se das formas arredondadas da pré-história

para uma silhueta mais magra nos dias atuais (Murnen, 2011). Devido a forte tendência cultural em considerar a magreza como padrão de corpo ideal e devido à dificuldade de se encaixar nesse modelo (Dittmar, 2009; López-Guimerà et al., 2010), as mulheres tendem a avaliar negativamente o seu próprio corpo (Carvalho et al., 2013; Miranda, Neves, Filgueiras, Carvalho, & Ferreira, 2013). Em outras palavras, a pressão social e midiática para a adoção de um modelo corporal tem forte correlação com o aparecimento da insatisfação com o corpo, principalmente em mulheres adultas jovens (Levine & Murnen, 2009).

Dessa forma, apesar da maioria das mudanças corporais ocorridas durante a gestação ser considerada como parte natural desse processo, muitas mulheres apresentam dificuldades em aceitá-las (Robertson-Frey, 2005). Assim, as mudanças corporais que ocorrem durante a gestação podem acarretar descontentamentos e até alterações na forma como o corpo se apresenta para as futuras mães. Inseguranças com relação à permanência das alterações físicas e a perda da identidade anterior à gestação são comuns e podem provocar mudanças na imagem corporal (Skouteris et al., 2005).

Tendo em vista as rápidas mudanças corporais que ocorrem nesse período somado à forte idealização do ideal corporal feminino direcionado à magreza, gestantes podem desenvolver um descontentamento profundo com o próprio corpo e, conseqüentemente, alterarem suas atitudes corporais (Skouteris et al., 2005). A preocupação com estas possíveis associações tem despertado o interesse de pesquisadores (Bagheri et al., 2013; Fuller-Tyszkiewicz et al., 2012; Sui et al., 2013; Sweeney & Fingerhut, 2013).

Além disso, segundo Skouteris et al. (2005), a avaliação da imagem corporal na gestação é recomendada para que as mulheres tenham assistência disponível enquanto elas lidam com as mudanças corporais típicas desse período. Atualmente, existem múltiplas formas de se entender, pesquisar e avaliar a imagem corporal. Dependendo da dimensão desse construto que se deseja investigar, são comuns o uso de escalas de figuras, entrevistas, questionários e testes perceptivos (Ferreira et al., 2014).

Estudo de revisão de Filgueiras et al. (no prelo; ANEXO I) verificou que o instrumento mais utilizado internacionalmente foi o *Body Attitudes Questionnaire* (BAQ; Ben-Tovim & Walker, 1991). Os pesquisadores têm optado pela utilização desse questionário para a avaliação da dimensão atitudinal da imagem corporal em mulheres no período pré-gestacional, durante a gestação e pós-parto (Clark et al., 2009; Duncombe et al., 2008; Kamysheva et al., 2008; Skouteris et al., 2005; Sweeney & Fingerhut, 2013). No Brasil, ainda são escassos estudos realizados com este público e, sobretudo, não existem escalas validadas para a avaliação desse construto (Filgueiras et al., no prelo).

O BAQ foi validado para a população adulta brasileira do sexo feminino em 2005 por Scaglusi e colaboradores. Este instrumento é utilizado para avaliar emoções e pensamentos direcionados ao corpo e subdivide-se em seis subescalas, a saber: 1) sentimento de gordura (sentimento de “sentir-se gorda”); 2) autodepreciação (sentimentos de auto-aversão relacionados ao corpo); 3) força e fitness (avaliação subjetiva da força e aptidão física); 4) saliência do corpo (sentimento de proeminência sob o peso e a forma do corpo); 5) atratividade (sensação geral de atratividade, principalmente em relação ao sexo oposto); e 6) percepção da gordura na porção inferior do corpo (sentimentos que a parte inferior do corpo é gorda). O questionário é composto por 44 itens e o escore total é dado através da soma das pontuações de cada questão, sendo que quanto maior esta soma, maiores os sentimentos sobre as subescalas (Scaglusi et al., 2005).

Salienta-se ainda que, durante a gestação, uma imagem corporal negativa é de particular importância, pois pode estar associada a fatores prejudiciais à saúde, como por exemplo, práticas inadequadas de controle do peso. Esse aspecto será abordado no próximo tópico.

1.3 ATITUDE ALIMENTAR

As atitudes alimentares envolvem crenças, pensamentos, sentimentos, comportamento e relacionamento com os alimentos (Alvarenga & Philippi, 2011). No estudo de Leal, Philippi, Polacow, Cordás e Alvarenga (2013) foi verificado que muitas nomenclaturas tem sido utilizadas para avaliar os "comportamentos de risco para transtornos alimentares", tais como: comportamento, atitudes, padrões, práticas, sintomas e risco de transtornos alimentares. Muitas vezes essas expressões são utilizadas indistintamente e tratadas como sinônimos.

Segundo Alvarenga e Philippi (2011),

A atitude [alimentar] possui três componentes: o cognitivo, o afetivo e o comportamental. O cognitivo se refere ao conhecimento e crenças que se tem a cerca de algo. O afetivo diz respeito a sentimentos favoráveis ou desfavoráveis a este objeto; e o comportamental se refere à predisposição para agir

de forma coerente com as cognições e afetos. Assim, se uma atitude for favorável ou desfavorável a determinado alimento, pode-se aceitá-lo ou rejeitá-lo. (Alvarenga & Philippi, 2011, p. 21).

O comportamento alimentar, - entendido como toda e qualquer forma de convívio com o alimento (Philippi, 1999) - faz parte da atitude alimentar. Em outras palavras, o comportamento alimentar é um processo que engloba a decisão de comer, a escolha do alimento, o modo de preparo, bem como os horários, as preferências, as aversões e é finalizado, no ato de ingerir (Garcia, 1999; Philippi, 1999). Portanto, comportamento alimentar também compõe a atitude alimentar, juntamente com as crenças, sentimentos e pensamentos (Alvarenga & Philippi, 2011). Na presente dissertação, a relação da gestante com os alimentos e a sua dieta será tratada por atitude alimentar.

Uma alimentação adequada não tem uma definição rígida, pois esta é um aspecto específico individual e que depende tanto do "quando" quanto do "onde" comer (Alvarenga, Scagliusi, & Philippi, 2011). Em geral, deve-se respeitar a fome física e a vontade de comer, bem como as possíveis oscilações que acontecem de acordo com o estado de humor e da situação social, entre outros (Scagliusi, Alvarenga, & Philippi, 2011). Contudo, tal atitude alimentar adequada pode ter um impacto na saúde como um todo.

A avaliação das atitudes alimentares tem sido incentivada na população geral tendo como objetivo a prevenção das psicopatologias relacionadas à alimentação. O *Eating Attitudes Test – 26* (EAT-26) é um instrumento bastante utilizado no Brasil com esta finalidade (Carvalho et al., 2013; Ferreira et al., 2014; Fortes et al., 2013; Fortes et al., 2012; Perini et al., 2009). Para a população adulta brasileira, sua validação foi feita por Nunes, Camey, Olinto e Mari (2005). Em gestantes, as condutas alimentares inadequadas devem ser consideradas já que podem ter implicações graves para a saúde materna e infantil.

Especialmente durante a gravidez, apesar do desejo de manterem uma atitude alimentar apropriada, as gestantes podem adotar comportamentos inadequados direcionados à perda de peso quando percebem o aumento da adiposidade corporal e, conseqüentes, mudanças na aparência física - especialmente associado ao medo de engordar (Dunker et al., 2009; Fairburn & Welch, 1990). Como conseqüências de práticas alimentares inadequadas, podem ser destacadas a morte perinatal, prematuridade, crescimento fetal restrito, recém-nascido com baixo peso e aumento de risco para anomalias congênitas (Dunker et al., 2009).

Baião e Deslandes (2008) associaram a atitude alimentar das gestantes ao fato de assumirem ou não a gravidez. Por um lado, o apoio da mãe, da família e do companheiro, bem como as práticas religiosas e situação econômica estiveram relacionadas com o fato de “assumir a gravidez”. Esta, por sua vez, esteve interligada com os aspectos saudáveis da alimentação durante a gestação. Por outro lado, atitudes alimentares inadequadas e falta de desejo de comer, estiveram nas falas das gestantes que não assumiram a gravidez. Dessa forma, verifica-se que outras variáveis podem estar relacionadas às atitudes alimentares inadequadas em gestantes, assim como a depressão, que será apresentada a seguir.

1.4 DEPRESSÃO

A depressão configura-se como um estado alterado do humor envolvendo tristeza, perda da capacidade de sentir prazer e, ainda, alterações cognitivas, motoras e somáticas, sendo que tais fatores interferem no funcionamento social do indivíduo (Fountoulakis et al., 2001). Segundo Parcias et al. (2011), na população geral, os índices de depressão variam entre 3% a 11%, sendo mais prevalente entre as mulheres. A Associação de Psiquiatria Americana (APA), no Manual de Estatísticas de Doenças Mentais (DSM-V; APA, 2014) aponta que a depressão é a presença, por pelo menos duas semanas, de cinco ou mais dos seguintes sintomas: estado de humor depressivo, diminuição do prazer, perda de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou lentidão, perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa, diminuição da capacidade de concentração e pensamentos recorrentes de mortes, sendo que humor depressivo ou diminuição do prazer deve, necessariamente, ser um desses cinco sintomas (APA, 2014). Já segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no Código Internacional de Doenças (CID-10; OMS, 1993), inclui, além dos sintomas do DSM-V, a falta de autoconfiança e categoriza a depressão em leve, moderada e grave (OMS, 1993).

Vale destacar que não existem parâmetros fisiológicos e/ou biológicos para avaliar as manifestações clínicas da depressão (Parcias et al., 2011). Entretanto, as escalas de avaliação estão sendo utilizadas para medir e caracterizar o fenômeno, ou seja, elas têm sido empregadas para avaliar indícios depressivos em termos objetivos e quantitativos (Gorenstein & Andrade, 1998). Além disso, auxiliam na avaliação dos sintomas e na elaboração do próprio diagnóstico e ajudam no acompanhamento do paciente e no resultado dos tratamentos (Parcias et al., 2011). Dessa forma, escalas de autorrelato para avaliação da depressão têm

sido bastante utilizadas tanto em pesquisas quanto nas clínicas (Gorenstein & Andrade, 1998).

O *Beck Depression Inventory* (BDI) destaca-se neste contexto. Ele tem sido traduzido e validado em diferentes países. Para a população brasileira, sua validação foi feita por Gorenstein e Andrade (1998). Em gestantes, para a avaliação dos níveis depressivos, este instrumento tem sido bastante utilizado (Clark et al., 2009; Duncombe et al., 2008; Kamysheva et al., 2008; Pinto, Padovani, & Linhares, 2009).

Devido às mudanças psicobiológicas e fisiológicas da gravidez, a mulher sofre os efeitos gestacionais no corpo e também nos aspectos emocionais (Lima & Tsunehiro, 2008). Em decorrência dessas modificações, pode ser que a gestante tenha uma maior vulnerabilidade à depressão (Steiner, Dunn, & Born, 2003). Segundo Lima e Tsunehiro (2008), as pesquisas que avaliem a depressão durante a gravidez têm aumentado nos últimos anos, sobretudo nos países desenvolvidos. Segundo esses autores, isso se dá devido às implicações desse fenômeno durante essa fase da vida da mulher, que podem ser prolongados e comprometedores para a saúde da mãe, do feto e da criança.

Dessa forma, a depressão é uma condição psicopatológica que, mesmo em níveis subclínicos, afeta o desenvolvimento da gravidez, tanto para a mãe quanto para o feto, em curto e em longo prazo (Campagne, 2004). Caso não seja adequadamente tratada, a depressão em gestantes pode estar relacionada, por exemplo, a uma má nutrição, à ingestão de álcool e fumo, a comportamentos suicidas, à depressão pós-parto, bem como pode ser um fator de risco para pré-eclâmpsia e o trabalho de parto prematuro (Lima & Tsunehiro, 2008). Consequentemente, para o filho, as repercussões estão relacionadas às alterações na frequência cardíaca quando submetidas a estímulos externos, distúrbios no sono, problemas de desenvolvimento neurológico e mental do bebê, crescimento infantil diminuído, bem como baixo peso ao nascer (Lima & Tsunehiro, 2008).

Esta última consequência destacada acima (baixo peso ao nascer) ainda pode desencadear outros problemas. O bebê com baixo peso ao nascer - peso inferior a 2.500 gramas (g) (OMS, 1993) -, pode ser fator determinante na mortalidade neonatal, de infecções, de maiores taxas de hospitalização, maior propensão ao retardo de crescimento, déficit neuropsicológico pós-natal e baixo desempenho escolar (Guimarães & Velásquez-Meléndez, 2002). Dessa forma, a depressão pode ter causas diretas, mas também indiretas, chegando inclusive a óbito.

Salienta-se que a depressão tem sido associada a diversos fatores, tais como: insatisfação corporal (Skouteris et al., 2005), autoestima (Kamysheva et al., 2008; Pinto et al., 2009), dados obstétricos (Couto et al., 2009; David et al., 2008; Silva, Ronzani, & Furtado,

2009) e relação com o ganho de peso materno (Bodnar, Wisner, Moses-Kolko, Sit, & Hanusa, 2009). No caso da relação entre insatisfação corporal e sintomas de depressão durante a gestação, Skouteris et al. (2005) verificaram que sintomas depressivos, bem como comparações da aparência física e de pressão sociocultural, no segundo trimestre de gestação predisseram sentimentos de menor atratividade no final da gravidez. Ademais, no estudo de Clark et al. (2009), os sintomas depressivos pareceram serem fortes preditores de insatisfação corporal. Investigação realizada por Kamysheva et al. (2008) mostrou que a elevada insatisfação com o corpo manteve-se associada, não somente ao aumento dos sintomas depressivos, mas também a baixa autoestima durante a gravidez.

Tendo em vista as repercussões da depressão durante a gravidez e as controvérsias ainda existente na literatura, são sugeridas pesquisas a fim de identificar a presença de sintomas depressivos associados a outros fatores, como por exemplo, a autoestima, que será apresentada a seguir.

1.5 AUTOESTIMA

A autoestima é entendida como a avaliação do indivíduo sobre o seu próprio valor, competência e adequação, e se reflete em uma atitude positiva ou negativa, em algum grau, em relação a si mesmo (Rosenberg, 1965). Segundo Dini, Quaresma e Ferreira (2004), ela compreende o quanto a pessoa gosta de si mesma, somado à como ela se vê e o que pensa sobre si mesma. Dentre os resultados favoráveis da autoestima na adolescência e vida adulta destacam-se o sucesso ocupacional, relacionamentos interpessoais e desempenho acadêmico (Trzesniewski, Donnellan, & Robins, 2003). De acordo com Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt e Caspi (2005), dentre os problemas adversos relacionados à influência desta, destacam-se: agressão, comportamento antissocial e delinquência na juventude.

A avaliação da autoestima vem sendo considerada um fator importante na identificação e na prevenção de problemas psicológicos (Fan & Fu, 2001). Atualmente, a avaliação e quantificação da autoestima tem sido realizada mundialmente através da *Rosenberg Self-esteem Scale* (RSS; Rosenberg, 1965). A escala foi traduzida para 28 idiomas, incluindo o Brasil. Para adolescentes brasileiros a validação foi realizada por Sbicigo, Bandeira e Dell'Aglio (2010) e para adultos, por Dini et al. (2004).

As pesquisas mostram que, durante a gravidez, a mulher está mais suscetível a sofrer pressões sociais e a perder parte da autoconfiança anterior à gestação, principalmente pelas mudanças físicas e sociais que são evidentes e inerentes (Cairolli, 2009). Sendo assim, segundo Silva et al. (2010), as mudanças que acompanham a gestação podem afetar a autoestima. No entanto, quando a gestante apresenta estruturas adequadas para passar por essa fase, sejam elas externas (por exemplo, educação pré-natal, atividade física especializada, apoio psicológico profissional, apoio familiar) ou internas (por exemplo, autoconfiança, satisfação com o corpo, aceitação da gravidez e das mudanças que ela acarreta e assimilação do novo papel social) – a autoestima tende a apresentar escores satisfatórios, não acarretando nenhum problema para a gestante (Cairolli, 2009; Silva et al., 2010).

Estudos têm sido feitos a fim de avaliar a autoestima em gestantes, bem como a influência de algumas variáveis sobre essa. Dias et al. (2010) encontraram que, ao contrário do que se pensava, gestantes na condição de alto risco não apresentaram índices menores de autoestima quando comparadas àquelas consideradas de risco normal. Maçola, Vale e Camona (2010) verificaram que gestantes que relataram gestação não planejada e ausência de apoio do parceiro para cuidar do filho apresentaram maior prevalência de autoestima insatisfatória do que aquelas que referiram tê-la planejado e com apoio do pai do bebê. Ademais, níveis elevados de autoestima foram apontados como importantes preditores de competências maternas e de alta qualidade na interação mãe/bebê (Dubow & Luster, 1990). Kamysheva et al. (2008) acrescentam que, em gestantes, a depressão esteve associada a autoestima, e esta, por sua vez, a sentimentos de atratividade, sensação de gordura e saliência de peso e forma corporal.

Alguns autores mostram que a variabilidade da autoestima se encontra estreitamente associada à imagem corporal (Cairolli, 2009; Kamysheva et al., 2008; Silva et al., 2010), pois a forma pela qual a gestante avalia seu próprio valor, competência e adequação, influencia o modo pelo qual ela se relaciona com o seu próprio corpo. Destaca-se assim, a importância da avaliação da autoestima em gestantes visando a promoção da saúde materno infantil, bem como os níveis de ansiedade, principalmente devido à espera do parto, como será mostrado a seguir.

1.6 ANSIEDADE

A ansiedade, segundo Gorenstein e Andrade (1998), "é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho" (p. 1). Ademais, de acordo com Weinberg e Gould (1995), a ansiedade pode provocar no indivíduo "sensações de nervosismo, preocupação e apreensão associados a uma ativação do organismo" (p. 93). Assim, a ansiedade pode se tornar patológica à medida que gera prejuízos funcionais. Sentimentos de ansiedade quase sempre estão acompanhados de sintomas físicos inespecíficos associados à excitação autonômica, tais como: palpitações, sudorese, tremores, respiração ofegante e sensação de sufocação (APA, 2014). Cattell e Scheier (1961) propuseram uma versão dualística da ansiedade, a saber: ansiedade traço - refere-se a uma disposição relativamente estável para responder a situações percebidas como ameaçadoras; e ansiedade estado - refere-se a um estado emocional transitório caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão e apreensão que podem variar em intensidade ao longo do tempo.

Na gestação, cada trimestre tem suas causas de ansiedade, as quais se intercambiam psicodinamicamente (Brasil, 2012a). Entre elas destacam-se: ambivalência, negação, regressão, introspecção e medo (Brasil, 2012a). Segundo Rezende (2011), de modo geral, o que remete aos sentimentos de ansiedade tem relação com a situação nova e singular que cada mulher está vivendo, bem como a sensação de não saber se terá capacidade de lidar com todos os aspectos que uma gravidez acarreta, de querer prever como será o bebê, como será o parto, ou seja, de enfrentar o desconhecido. Segundo a autora, "a repetida ênfase na ansiedade como sentimento predominante na gravidez revela o desconforto com a falta de controle em torno de uma experiência que produzirá mudanças em todos os outros aspectos da vida da mulher" (Rezende, 2011, p. 331). Além disso, com a chegada do bebê, a gestante deve reajustar suas condições sociais e os papéis exercidos - relacionamento conjugal, situação socioeconômica e atividades profissionais -, pois há uma transição do papel social: a mulher além de filha, também passa a ser mãe (Piccinini, Lopes, Gomes, & De Nardi, 2008; Segato et al., 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, os quadros de ansiedade são frequentes e deletérios à mulher em idade reprodutiva, sendo que se estima que 20% das mulheres apresentam sintomas de ansiedade durante a gravidez (Brasil, 2012a). Entretanto, salienta-se que a presença de ansiedade pode afetar negativamente a gestação por ser considerada mediadora de mudanças endócrinas como também de determinados comportamentos de risco, tais como o

hábito de fumar, atraso e/ou inadequado acesso ao pré-natal, alimentação e ganho de peso gestacional inadequado (Brasil, 2012a). Somado a isso, a gestante pode queixar-se de falta de ar e dificuldade para respirar, não só em decorrência do aumento do útero, como também da ansiedade da gestante (Brasil, 2005). Se for o caso, falar e conversar sobre suas angústias, pode contribuir para o bem-estar materno. Por fim, a presença de transtornos ansiosos na gestação também se relaciona a eventos como descolamento de placenta, prematuridade e baixo peso ao nascer (Araújo, Pacheco, Pimenta, & Kac, 2008; Cairolli, 2009).

Alguns pesquisadores têm avaliado a ansiedade em gestantes. Couto et al. (2009) verificaram que mulheres com antecedente de abortos espontâneos recorrentes, óbito fetal, prematuridade ou óbito neonatal parecem ter mais sintomas de ansiedade e depressão durante a gestação subsequente quando comparadas com mulheres sem esses antecedentes. Araújo et al. (2008) verificaram que gestante mais jovens e de menor escolaridade apresentavam mais chances de desenvolver ansiedade. No estudo de Pinheiro, Laprega e Furtado (2005), as gestantes que possuíam problemas com o uso nocivo ou síndrome de dependência ao álcool tiveram mais problemas emocionais (ansiedade e depressão) quando comparadas àquelas cujo consumo não era problemático. Segundo Araújo, Pereira e Kac (2007), a relação entre a ansiedade no período gestacional, prematuridade e baixo peso ao nascer ainda tem recebido menos atenção dos pesquisadores que têm voltado à atenção em fatores que já foram amplamente estudados (por exemplo, fumo, consumo de bebidas alcoólicas, peso materno). Segundo os autores, são necessários ainda estudos que avaliem a ansiedade nas gestantes a fim de contribuir com novas evidências acerca dos níveis de ansiedade nessa fase da vida da mulher.

Destaca-se ainda que na gestação de alto risco, as dificuldades de adaptação emocional podem ser maiores, a começar pelo rótulo que lhes são dadas: “de alto risco”, portanto “diferente” das demais, “normais” (Brasil, 2012a). Dessa forma, o presente estudo avaliou, através de métodos empíricos, a ansiedade e condições obstétricas, bem como os construtos descritos acima (dimensão atitudinal da imagem corporal, atitude alimentar, depressão e autoestima). Essas evidências podem ser importantes para subsidiar os profissionais da saúde que lidam diretamente com o público de gestantes na aplicação preventiva e uma abordagem adequada ao enfrentamento do possível problema, visando à saúde materna e infantil.

CAPÍTULO 2: MÉTODOS

Neste capítulo, buscou-se apresentar a metodologia de pesquisa de forma minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no caminho do trabalho de pesquisa. Dessa forma, procurou-se explicar a caracterização do estudo, os aspectos éticos adotados, a população e amostra investigada, os instrumentos avaliativos utilizados, a descrição dos procedimentos de coleta e tratamento dos dados.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo adotou multimétodos de investigação, quais sejam: quantitativo, descritivo, correlacional, transversal e longitudinal. Os estudos quantitativos procuram medir opiniões, atitudes e comportamentos, para então, classificá-los e analisá-los estatisticamente. As investigações descritivas buscam descrever o fenômeno sem manipulá-lo. E as pesquisas correlacionais objetivam verificar as relações entre determinadas variáveis de interesse (Thomas, Nelson, & Silverman, 2012).

Por fim, esta pesquisa apresenta características transversais e longitudinais. Os estudos transversais avaliam como determinadas variáveis se comportam em um único momento (Thomas et al., 2012). Ao contrário, estudos longitudinais visam analisar as variações das características estudadas ao longo de um período de tempo (Thomas et al., 2012).

2.2 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), através do número de inscrição 14406413.0.0000.5147, parecer número 337.124 (ANEXO II).

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO III), aceitando participar voluntariamente da pesquisa. Neste documento,

foram explicados os objetivos e procedimentos do estudo, bem como explanado que as mesmas não teriam nenhum custo ou sequer receberiam qualquer vantagem financeira. Ademais, também foi garantido o anonimato de todas as participantes, podendo as mesmas retirarem seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento.

Ressalta-se que todos os dados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por cinco anos, mantendo o sigilo e anonimato das participantes.

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta pelas gestantes que realizavam as consultas de pré-natal na cidade de Juiz de Fora/MG. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2012b), o total de gestantes estimadas para o município corresponde ao número de nascidos vivos no ano anterior somado a 10%. No ano de 2013, Juiz de Fora contou com 6454 nascidos vivos¹. Sendo assim, estima-se que em 2014, a população total de gestantes do município correspondia a 7098. Vale ressaltar que este valor leva em consideração inclusive gestantes adolescentes que não são foco de investigação deste estudo. Na referida cidade, a população de jovens menores de 18 anos grávidas é de, aproximadamente, 16,2%¹. Dessa forma, estima-se que a população de gestantes adultas na cidade de Juiz de Fora no ano de 2014 era de 5849.

Este número total serviu como base para o cálculo amostral, que levou em consideração uma prevalência de 50% de imagem corporal negativa (Filgueiras et al., no prelo), 95% de intervalo de confiança e 5% de erro amostral. Chegou-se a uma amostra ideal de 361 grávidas adultas.

Para o estudo longitudinal, não houve limite mínimo ou máximo de gestantes. Sendo assim, a amostra longitudinal contou com aquelas pacientes que estivessem no primeiro trimestre de gestação (período de zero a 12 semanas; Brasil, 2005) durante a fase de coleta de dados inicial (outubro, novembro e dezembro de 2013) e que pudessem ser acompanhadas e novamente avaliadas no segundo e terceiro trimestres.

¹ Informação obtida através do chefe de Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (DVEA) da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora (SSPJF).

2.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas na pesquisa gestantes maiores de 18 anos; que soubessem ler e escrever; que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa; e que assinaram o TCLE. No estudo transversal, foram incluídas grávidas em todos os períodos gestacionais. No longitudinal, aquelas que estavam no primeiro trimestre - até 12 semanas (Brasil, 2005) - durante a fase inicial de coleta de dados (outubro, novembro e dezembro de 2013) foram incluídas.

2.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídas do estudo gestantes que por algum motivo não participaram de alguma etapa da coleta de dados ou que apresentaram dados incompletos. Ademais, as gestantes que sofreram aborto durante a coleta de dados do estudo longitudinal foram excluídas.

2.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

2.4.1 Questionário Sociodemográfico

Com o propósito de acessar dados sociodemográficos, as gestantes responderam a um questionário com perguntas diretas e objetivas (ANEXO IV). Esse instrumento desenvolvido pela própria pesquisadora continha questões a fim de acessar dados, tais como: idade, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos nascidos, relação com o pai do bebê, o apoio familiar, planejamento ou não da gestação, desejo inicial ou não na provocação de um aborto, uso de cigarros e/ou bebida alcoólica (e a frequência no caso positivo de uso).

2.4.2 Critério de Classificação Econômica Brasil

Para identificar o nível socioeconômico das gestantes, foi utilizado o “Critério de Classificação Econômica Brasil” (CCEB) (ABEP, 2012) (ANEXO V). Esse instrumento utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população. O critério atribui pontos em função de cada característica e realiza a soma das pontuações variando de 0 a 46. A classificação é dada por: A1 – 42 a 46 pontos; A2 – 35 a 41; B1 – 29 a 34; B2 – 23 a 28; C1 – 18 a 22; C2 – 14 a 17; D – 8 a 13; E – 0 a 7.

2.4.3 Prontuário da gestante

2.4.3.1 Dados Antropométricos

Os dados antropométricos (massa corporal e estatura) foram coletados pelos médicos responsáveis pela paciente nos consultórios do setor particular ou do setor público da cidade de Juiz de Fora/MG. Esses profissionais preencheram o prontuário da gestante com os valores - o que é considerado procedimento padrão dos exames de pré-natal - e, assim, a pesquisadora responsável teve acesso a esses dados.

Vale destacar que, ao solicitar a participação na pesquisa, as balanças e os estadiômetros empregados foram verificados. Todos os locais utilizavam de balanças e estadiômetros da marca Filizola devidamente calibrados. As balanças dessa marca têm precisão de 100 g e capacidade máxima de 150 kg, e os estadiômetros de cinco milímetros (mm) e a altura máxima de 2 metros (m).

Para a classificação do estado nutricional primário, foi utilizado o IMC, dado através da divisão da massa corporal pela estatura elevada ao quadrado (kg/m^2). Após o cálculo, a gestante poderia ser classificada em quatro grupos (baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade), de acordo com a semana gestacional, como proposto para essa população (Brasil, 2005) (ANEXO VI).

2.4.3.2 Dados Obstétricos

Os dados obstétricos, tais como: idade gestacional (semanas) e as informações a respeito da condição de saúde da mãe e do feto (por exemplo, presença de hipertensão, cardiopatias, gravidez múltipla, diabetes, e infecção viral) foram obtidas através dos prontuários das gestantes, preenchido pelo próprio médico responsável no dia das consultas de exame pré-natal.

2.4.4 *Body Attitudes Questionnaire*

A fim de avaliar elementos da dimensão atitudinal da imagem corporal, as gestantes responderam ao BAQ, originalmente desenvolvido por Ben-Tovim e Walker (1991). Scagliusi et al. (2005) realizou a adaptação transcultural para o Brasil e verificou as condições psicométricas do instrumento, o qual apresentou bons índices de validade discriminante (populações clínicas e não clínicas), convergente e confiabilidade teste-reteste. Assim, a versão do BAQ utilizada neste estudo foi validada para a população adulta feminina brasileira e apresentou valor de alpha de Cronbach satisfatório ($\alpha=.88$) e mostrou forte correlação com outras medidas de insatisfação com o corpo (Scagliusi et al., 2005) (ANEXO VII). Para a amostra em questão, a consistência interna foi adequada ($\alpha=.84$).

O BAQ é uma medida de autorrelato composto por 44 itens que busca acessar as atitudes das mulheres em relação a seus corpos. Esta ferramenta é pontuada em escala do tipo *Likert* com cinco opções de resposta (“Concordo totalmente” até “Discordo totalmente”). O escore total do BAQ é calculado pela soma das respostas, o qual pode variar de 44 a 220, sendo que quanto maior a pontuação, maiores os sentimentos sobre as seis subescalas: atração física (cinco itens), autodepreciação (oito itens), gordura total (treze itens), saliência do corpo (oito itens), percepção da gordura da porção inferior do corpo (quatro itens) e força (seis itens). Vale destacar que este instrumento tem sido utilizado internacionalmente em mulheres durante a gestação e pós-parto (Clark et al., 2009; Duncombe et al., 2008; Hauff & Demerath, 2012; Kamysheva et al., 2008; Skouteris et al., 2005; Sweeney & Fingerhut, 2013).

2.4.5 Eating Attitudes Test - 26

Para avaliar as atitudes alimentares inadequadas foi aplicado o EAT-26 validado para adultos brasileiros por Nunes et al. (2005) (ANEXO VIII). O questionário é composto por 26 questões relacionadas à recusa dos alimentos com alto teor calórico e desejo de emagrecer, aos episódios de compulsão alimentar e comportamentos purgativos e ao autocontrole em relação à comida e percepção das pressões ambientais e sociais estimulantes à ingestão alimentar. A avaliada tem seis opções de resposta em cada item que variam de zero (poucas vezes, quase nunca e nunca) a três (sempre). A única questão que apresenta pontuação em ordem reversa é a 25. O escore do EAT-26 é feito pela soma de seus itens, o qual pode variar de 0 a 78. Quando o escore total é maior ou igual a 21 pontos é indicador de possíveis comportamentos de risco para o transtorno alimentar. Para a presente amostra o valor do *alpha* de Cronbach foi considerado adequado ($\alpha=.80$).

2.4.6 Beck Depression Inventory

Para investigar a presença de sintomas depressivos foi aplicado o BDI, validado no Brasil por Gorenstein e Andrade (1998) (ANEXO IX). O questionário investiga como a pessoa sentiu-se na última semana. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido.

Com relação à pontuação, obtém-se o escore total realizando a contagem de cada item, correspondentes às alternativas assinaladas pelas gestantes nos 21 itens. Cada questão apresenta quatro alternativas (0, 1, 2, 3). O maior escore é 63, pois, no caso da avaliada ter marcado mais de uma opção, utiliza-se a afirmação com a avaliação mais alta para calcular o escore total. Entretanto, caso a examinada tenha indicado que deliberadamente está tentando perder peso, então, o escore da questão 19 não é somado no escore total. De acordo com Beck, Steer e Garbin (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Para amostras com pacientes com transtornos afetivos

diagnosticados, o BDI classifica quatro níveis de depressão, que segue os seguintes pontos de corte: 0 a 11 = nível mínimo; 12 a 19 = leve; 20 a 35 = moderado; e 36 a 63 = grave níveis depressivos. Entretanto, como a presente amostra não tem o traço diagnosticado, foi utilizado escores acima de 15 para detectar disforia (mudança repentina e transitória do estado de ânimo) e o termo "depressão" foi utilizado no caso de gestantes com pontuação acima de 20, assim como recomendado Kendall, Hollon, Beck, Hammen e Ingram (1987).

Vale ressaltar que para a amostra da presente dissertação, o instrumento teve boa consistência interna ($\alpha=.89$).

2.4.7 Rosenberg Self-esteem Scale

A variável autoestima foi avaliada por intermédio da RSS (Dini et al., 2004) (ANEXO X). Trata-se de uma escala composta por 10 itens, com quatro opções de respostas do tipo *Likert* (a=concordo fortemente, b=concordo, c= discordo, d=discordo fortemente). Com relação à pontuação, as respostas podem variar de 0 a 3. Dessa forma, o escore final da escala pode variar de 0 a 30. Quanto maior o escore obtido na escala, maior o nível de autoestima da gestante. A versão da escala utilizada foi adaptada culturalmente e validada para adultos brasileiros e apresentou bons índices de reprodutibilidade e validade. Sua análise de consistência interna para a amostra da presente investigação revelou um *alpha* de .85.

2.4.8 Brazilian State-Trait Anxiety Inventory - versão curta

Para análise do nível de ansiedade das gestantes, foi utilizada a versão curta do *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory - versão curta* (STAI) (Fioravanti-Bastos, Cheniaux, & Landeira-Fernandez, 2011) (ANEXO XI). Este instrumento é composto por duas escalas distintas elaboradas para medir estado (Parte I) e traço (Parte II) de ansiedade. Na primeira parte, as gestantes foram instruídas a indicar como se sentiam naquele momento, enquanto, na segunda, elas deveriam assinalar como elas vinham se sentindo geralmente. Ambos os questionários são constituídos por afirmativas que seguem o modelo *Likert*. Cada escala tem seis afirmações, sendo que, para cada uma delas, o indivíduo atribui uma resposta de 1 a 4,

obtendo-se um escore final, que poderá ser 12, no mínimo, e 48, no máximo. Baixo escore no teste corresponde a baixo nível de ansiedade, e alto escore, a alto nível de ansiedade. De acordo com o estudo de validação (Fioravanti-Bastos et al., 2011), o instrumento apresenta adequadas características psicométricas. A consistência interna para a amostra do presente estudo foi $\alpha=.75$.

2.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Inicialmente, foi realizado contato com médicos de três consultórios privados localizados no centro da cidade de Juiz de Fora/MG. Agendou-se uma reunião a fim de explicar os objetivos e os métodos do estudo, bem como foi pedida a autorização para aplicação dos questionários nas gestantes no próprio local (sala de espera). Os três profissionais concordaram em participar da pesquisa e foram agendados dois dias de visita em cada consultório, ajustando o horário de atendimento de acordo com cada médico.

O contato com o setor público se deu através de um dos médicos do setor particular, o qual também trabalhava no Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade. Dessa forma, agendou-se uma reunião com a chefia do Departamento de Saúde da Mulher, na qual os objetivos e os métodos da investigação foram explicados. Vale destacar que este local atende gestantes de todos os bairros de Juiz de Fora, constituindo-se assim de um núcleo referência do município. Após o aceite, a pesquisadora responsável expandiu as informações aos obstetras da instituição. Neste espaço, localizado também no centro do município, as coletas aconteceram três vezes por semana de acordo com o horário de atendimento às gestantes. Como se trata de uma instituição na qual a sala de espera é um local movimentado, foi disponibilizado uma sala na qual as gestantes puderam responder aos questionários individualmente.

Os médicos (três do setor particular e seis do setor público) estavam cientes sobre o acesso aos dados antropométricos (massa corporal e estatura) e aos dados obstétricos (idade gestacional e saúde materno infantil) da paciente voluntária. Dessa forma, como já é procedimento padrão das consultas pré-natal, os obstetras preencheram o prontuário da grávida e essas informações foram colhidas posteriormente ao preenchimento dos questionários da pesquisa pelas gestantes.

Nos dias estabelecidos em cada consultório e no SUS, a explicação a respeito dos objetivos e métodos foi expandida às gestantes, as quais receberam o TCLE. Para o estudo transversal, as grávidas foram convidadas a participar voluntária e independentemente do seu período gestacional. Aquelas que estavam no primeiro trimestre de gestação - até 12 semanas (Brasil, 2005) -, foram também solicitadas no estudo longitudinal. Sendo assim, a pesquisadora responsável as acompanhou durante o segundo e o terceiro trimestre, fazendo a aplicação dos mesmos questionários e coletando os dados antropométricos e obstétricos com o médico responsável nos respectivos momentos.

Ressalta-se que as gestantes receberam a mesma orientação verbal e eventuais dúvidas foram esclarecidas. Também constavam nos questionários orientações escritas sobre o preenchimento dos mesmos. Todas as coletas aconteceram em um mesmo dia antes da consulta com o médico responsável. Ademais, não se delimitou tempo para o preenchimento dos questionários.

2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para as análises estatísticas, foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na sua versão 19.0 e, em todos os casos, o nível de significância foi de $p < .05$.

Para cada variável analisada, foi calculada a média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e máximo. Foi realizada análise de frequência relativa e absoluta para as variáveis categóricas ou nominais. Para todos os instrumentos utilizados foi calculado o *alpha* de Cronbach, e considerado adequado valor superior a .70 (Streiner, 2003). Em seguida, foi aplicado o teste de normalidade *Komolgorov Smirnov* nos estudos transversais e de *Shapiro Wilk* no estudo longitudinal para averiguar se os dados são paramétricos ou não. Depois de apontada a distribuição normal dos dados, seguiu-se com testes paramétricos. Foi utilizada a correlação de *Pearson* para verificar a relação existente entre os parâmetros avaliados. Além disso, foi conduzida regressão múltipla *Forward* para verificar o quanto as atitudes corporais da amostra em questão são influenciadas pelas variáveis estudadas. Vale ressaltar que a ordem de entrada dos dados respeitou a magnitude do coeficiente de correlação de *Pearson* e, aquelas com maior grau de associação com o BAQ, foram as primeiras a serem introduzidas no modelo de regressão.

Ademais, o teste t de *Student* foi utilizado a fim de comparar as médias do BAQ por condição de risco (risco habitual e alto risco). O teste de variância Anova *One-Way* foi utilizado para comparar as médias do BAQ entre os grupos por períodos gestacionais (primeiro, segundo e terceiro trimestre) e por estados nutricionais (baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade). A Anova de medidas repetidas foi conduzida para comparar as variáveis estudadas nos três momentos avaliados (estudo longitudinal). O *post hoc* de *Bonferroni* foi utilizado nos dois últimos testes mencionados para identificar possíveis diferenças estatísticas entre os grupos estabelecidos.

CAPÍTULO 3: RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos objetivos da presente dissertação, foram traçados três artigos científicos os quais serão apresentados a seguir. Cada manuscrito corresponde a dois dos objetivos específicos e neles buscou-se confrontar os resultados encontrados com estudos prévios da literatura.

5.1 ARTIGO 1 - IMAGEM CORPORAL DE GESTANTES: ASSOCIAÇÕES COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, ANTROPOMÉTRICAS E OBSTÉTRICAS

Resumo

Este estudo buscou comparar atitudes relacionadas à imagem corporal de gestantes em seus diferentes períodos de gestação, nas categorias do IMC e na presença ou não de condição de risco gestacional, bem como analisar a relação de variáveis sociodemográficas, econômicas, antropométricas e obstétricas com atitudes relacionadas ao corpo de gestantes. A pesquisa caracteriza-se como multimétodos. A amostra foi composta por 386 gestantes de todos os períodos gestacionais que realizavam o pré-natal nos setores público e privado da cidade de Juiz de Fora/MG, entre 18 a 46 anos de idade (média de $29,32 \pm 6,04$ anos). Os instrumentos utilizados para avaliação foram: *Body Attitudes Questionnaire*, “Critério de Classificação Econômica Brasil” e questionário sociodemográficos. Ademais, foram coletados dados antropométricos e obstétricos. A partir dos resultados encontrados, é possível inferir que as atitudes relacionadas ao corpo de gestantes no primeiro trimestre são similares aos daquelas no segundo e terceiro trimestre. Os sentimentos relacionados ao corpo diferiram no grupo de estado nutricional e de condição de risco, sendo que as gestantes classificadas com maior IMC e alto risco apresentaram imagem corporal mais negativa. As variáveis sociodemográficas, econômicas e obstétricas não influenciaram estatisticamente a variância das atitudes corporais. Apenas o IMC foi preditor significativo de aspectos da dimensão atitudinal da imagem corporal nas grávidas avaliadas. O estado nutricional e a condição de risco são variáveis importantes de serem avaliadas no período gestacional tendo em vista sua relação positiva com atitudes relacionadas a uma imagem corporal negativa.

Palavras-chave: Imagem corporal, gravidez, adultos, estado nutricional.

Abstract

This study aimed to compare attitudes related to body image of pregnant women in different periods of pregnancy, the BMI categories and in the presence or absence of risk pregnancy condition, as well as to analyze the relationship of socio-demographic, economic, anthropometric and obstetric variables on body attitudes of pregnant women. The research is characterized multimethod. The sample consisted of 386 pregnant women of all gestational periods who received prenatal care in the public and private sectors of the city of Juiz de Fora/MG, 18 to 46 years old (mean 29.32 ± 6.04 years old). The assessments instruments were: Body Attitudes Questionnaire, "*Critério de Classificação Econômica Brasil*" and socio-demographic questionnaire. In addition, anthropometric and obstetric data were collected. The body attitudes of pregnant women in the first trimester are similar to those in the second and third trimester. The body attitudes differ in nutritional status groups and risk conditions, whereas pregnant women were classified with higher BMI and high risk showed higher negative body image. Socio-demographic, economic and obstetric variables not statistically influenced the variance of body attitudes. Only BMI was significant predictor of attitudinal dimension aspects of body image in pregnant woman. It was concluded that the nutritional status and the risk pregnancy condition are related to attitudes related to body image. The nutritional status and the risk condition are important variables to be assessed during pregnancy in view of positive relationship with attitudes related to a negative body image.

Keywords: Body image, pregnancy, adults, nutritional status.

5.2 ARTIGO 2 - IMAGEM CORPORAL E FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDEZ

Resumo

O objetivo da presente investigação foi verificar possíveis relações entre atitudes corporais e atitude alimentar, níveis de depressão, autoestima, ansiedade e IMC, além de analisar as prevalências de sintomas depressivos e atitudes alimentares inadequadas em gestantes. A pesquisa caracteriza-se como multimétodos de estudo. Participaram da pesquisa 386 gestantes de todas as idades gestacionais que realizavam o pré-natal nos setores público e privado da cidade de Juiz de Fora/MG, entre 18 a 46 anos de idade (média de $29,32 \pm 6,04$ anos). Os instrumentos utilizados para avaliação foram: *Body Attitudes Questionnaire*, *Eating Attitudes Test - 26*, *Beck Depression Inventory*, *Rosenberg Self-esteem Scale*, a versão curta do *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory* e questionário sociodemográfico. Ademais, foram coletados dados antropométricos e obstétricos. Os achados encontrados indicaram que as atitudes alimentares inadequadas, a baixa autoestima, os sintomas depressivos e o elevado IMC influenciaram as atitudes corporais negativas das gestantes avaliadas. Vale destacar que apesar de estar correlacionada a uma imagem corporal negativa, a ansiedade não predisse significativamente os sentimentos relacionados ao corpo na amostra da presente pesquisa. Com relação às prevalências, os resultados indicaram que 20,47% e 12,17% das participantes, respectivamente, apresentaram condutas alimentares deletérias à saúde e sintomas de depressão. Recomenda-se a avaliação e a orientação nutricional e psicológica a fim de detectar e prevenir psicopatologias, tendo em vista a saúde materna e infantil.

Palavras-chave: Gestantes, depressão, ansiedade, atitude alimentar, autoestima.

Abstract

The objective of this study was to investigate relationships between the body attitudes and eating attitude, depression, self-esteem, anxiety and BMI, as well as to analyze the prevalence of depressive symptoms and inadequate eating attitudes in pregnant women. The research is characterized as multimethod study. The sample consisted of 386 pregnant women of all gestational periods who received prenatal care in the public and private sectors of the city of Juiz de Fora/MG, 18 to 46 years old (mean 29.32 ± 6.04 years old). The assessments instruments were: *Body Attitudes Questionnaire*, *Eating Attitudes Test - 26*, *Beck Depression Inventory*, *Rosenberg Self-esteem Scale*, the short version of the *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory* and sociodemographic questionnaire. In addition, anthropometric and obstetric data

were collected. The findings indicated that the inadequate eating attitudes, low self-esteem, depressive symptoms and high BMI influenced the negative body attitudes of the pregnant women. It is noteworthy that although correlated with a negative body image, anxiety did not significantly predicted body attitudes in the sample of this research. Concerning the prevalence, the results indicated that 20.47% and 12.17% of participants, respectively, had inadequate eating attitudes and depressive symptoms. It is recommended to assess and to inform nutritionally and psychologically pregnant women, in order to detect and prevent psychopathology, in view of the maternal and child health

Keywords: Pregnant women, depression, anxiety, eating attitude, self-esteem.

5.3 ARTIGO 3 - FATORES ASSOCIADOS À IMAGEM CORPORAL EM GESTANTES: UM ESTUDO LONGITUDINAL

Resumo

O objetivo do presente estudo foi comparar atitudes corporais, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima, ansiedade e IMC de gestantes em diferentes momentos ao longo da gestação; bem como verificar a influência que as variáveis estudadas exercem sobre atitudes corporais no primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional. A pesquisa tem caráter quantitativo e longitudinal. Participaram 17 gestantes que realizavam o exame pré-natal nos setores privado e público da cidade de Juiz de Fora/MG, entre 22 e 41 anos de idade (média de $30,76 \pm 5,65$ anos). Como instrumentos de avaliação foram utilizados: *Body Attitudes Questionnaire*, *Eating Attitudes Test - 26*, *Beck Depression Inventory*, *Rosenberg Self-esteem Scale*, a versão curta do *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory* e questionário sociodemográfico. Ademais, foram coletados dados antropométricos e obstétricos. A partir dos resultados encontrados, o IMC, as atitudes corporais negativas e o “sentimento de gordura” aumentaram progressivamente ao longo da gestação. As atitudes alimentares, os sintomas depressivos, a autoestima e a ansiedade estado não diferiram estatisticamente nos três momentos avaliados. Além disso, o IMC foi preditor das atitudes direcionadas ao corpo no primeiro trimestre, enquanto as atitudes alimentares no segundo e terceiro trimestre. Sugere-se a criação de instrumentos específicos a fim de um melhor entendimento das preocupações relacionadas ao corpo de gestantes.

Palavras-chave: Atitudes corporais, atitudes alimentares, gravidez, adulto, período gestacional.

Abstract

The objective of this study was to compare body attitudes, eating attitudes, depressive symptoms, self-esteem, anxiety and BMI of pregnant women at different times during pregnancy; as well as to verify the influence that these variables have on body attitudes in the first, second and third trimester. The research is characterized as quantitative and longitudinal. The sample consisted of 17 pregnant women who received prenatal care in the public and private sectors of the city of Juiz de Fora/MG, between 22 to 41 years old (mean 30.76 ± 5.65 years old). The assessments instruments were: *Body Attitudes Questionnaire*, *Eating Attitudes Test - 26*, *Beck Depression Inventory*, *Rosenberg Self-esteem Scale*, the short version of the

Brazilian State-Trait Anxiety Inventory and sociodemographic questionnaire. In addition, anthropometric and obstetric data were collected. From the results found, BMI, negative body attitudes and the "feeling fat" increased progressively throughout pregnancy. Eating attitudes, depressive symptoms, self-esteem and anxiety state did not differ in these three conditions. In addition, BMI was a predictor of negative body attitudes in the first trimester, while eating attitudes in the second and third trimester. It was suggested the creation of specific instruments in order to better understand the body concerns of pregnant women.

Keywords: Body attitudes, eating attitudes, pregnancy, adults, gestational period.

CAPÍTULO 4: CONSIDERAÇÕES FINAIS

A imagem corporal de gestantes deve ser alvo de atenção por parte dos profissionais que lidam com este público, tendo em vista a promoção da saúde materna e infantil. A presente dissertação teve como objetivo geral avaliar atitudes relacionadas à imagem corporal (atratividade, autodepreciação, gordura total, saliência do corpo, percepção de gordura na porção inferior do corpo e força e fitness) de gestantes na cidade de Juiz de Fora/MG. Ademais, foram delineados seis objetivos específicos, os quais foram divididos, dois a dois, em três artigos científicos.

O primeiro artigo buscou comparar atitudes relacionadas à imagem corporal de gestantes em seus diferentes períodos de gestação, nas categorias do IMC e na presença ou não de condição de risco gestacional, bem como analisar a relação de variáveis sociodemográficas, econômicas, antropométricas e obstétricas com atitudes relacionadas ao corpo de gestantes. A partir das evidências encontradas, é possível inferir que as atitudes corporais avaliadas de gestantes no primeiro trimestre são similares aos daquelas no segundo e terceiro trimestre. Os sentimentos relacionados ao corpo diferiram no grupo de estado nutricional e de condição de risco, sendo que as gestantes classificadas com maior IMC e alto risco apresentaram imagem corporal mais negativa. As variáveis sociodemográficas, econômicas e obstétricas não influenciaram estatisticamente a variância das atitudes corporais. Apenas o IMC foi preditor significativo de aspectos da dimensão atitudinal da imagem corporal nas grávidas avaliadas. Dessa forma, esses indicativos apontam para a importância da avaliação do estado nutricional e da condição de risco gestacional tendo em vista sua relação positiva com atitudes relacionadas a uma imagem corporal negativa.

O segundo artigo teve como premissa verificar possíveis relações entre atitudes corporais e atitude alimentar, níveis de depressão, autoestima, ansiedade e IMC, além de analisar as prevalências de sintomas depressivos e atitudes alimentares inadequadas em gestantes. Os achados encontrados indicaram que as atitudes alimentares inadequadas, a baixa autoestima, os sintomas depressivos e o elevado IMC influenciaram atitudes corporais negativas das gestantes avaliadas. Vale destacar que apesar de estar correlacionada a uma imagem corporal negativa, a ansiedade não predisse significativamente os sentimentos relacionados ao corpo na amostra da presente pesquisa. Com relação às prevalências, os resultados indicaram que 20,47% e 12,17% das participantes, respectivamente, apresentaram condutas alimentares deletérias à saúde e sintomas de depressão. Sob essa perspectiva, é

recomendada a avaliação e orientação nutricional e psicológica a fim de detectar e prevenir psicopatologias em gestantes.

Por fim, o terceiro artigo objetivou comparar atitudes corporais, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima, ansiedade e IMC de gestantes em diferentes momentos ao longo da gestação e verificar a influência que as variáveis estudadas exercem sobre atitudes corporais no primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional. A partir dos resultados encontrados, verificou-se que IMC, atitudes corporais negativas e “sentimento de gordura” aumentaram progressivamente ao longo da gestação. As atitudes alimentares, os sintomas depressivos, a autoestima e a ansiedade estado não diferiram estatisticamente nos três momentos avaliados. Além disso, o IMC foi preditor das atitudes direcionadas ao corpo no primeiro trimestre, enquanto as atitudes alimentares no segundo e terceiro trimestre. Sobre esses achados, apontou-se a necessidade da criação de instrumentos específicos para um melhor entendimento das preocupações relacionadas ao corpo de gestantes.

Como limitação do presente estudo, destaca-se, inicialmente, a utilização de instrumentos os quais não possuem todas as qualidades psicométricas testadas em grávidas. Entretanto, não existem ferramentas validadas para essa população no Brasil para a avaliação da imagem corporal. Além disso, todos os instrumentos utilizados são validados para a população feminina adulta brasileira, tiveram as consistências internas avaliadas e consideradas adequadas para a amostra em questão e já foram utilizados em pesquisas anteriores. Ademais, como outra limitação ressalta-se o baixo tamanho amostral de gestantes no estudo longitudinal. Todavia, existe dificuldade no recrutamento de grávidas para o acompanhamento gestacional da mesma. Somado a isso, a perda amostral é um problema inerente aos estudos longitudinais.

Apesar dessas limitações, é necessário enaltecer alguns fatores que contribuem para o ineditismo desta investigação: 1) o elevado tamanho amostral que abarca o número representativo da população de gestantes da cidade avaliada e supera o das pesquisas internacionais; 2) o pioneirismo da avaliação da imagem corporal e fatores influenciadores de gestantes brasileiras; 3) a avaliação de pacientes do setor público e privado da saúde de um mesmo município; 4) a verificação da influência de vários fatores antropométricos, sociodemográficos, econômicos, obstétricos e psicológicos; e 5) o acompanhamento longitudinal de um grupo de gestantes ao longo do primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional.

Sugere-se a realização de pesquisas em gestantes brasileiras que abarquem os períodos pré, durante e pós-gestação. Essa avaliação seria interessante a fim de verificar a imagem

corporal prévia e posterior à gravidez. Dessa forma, seria possível um melhor entendimento da variação desse construto em função das mudanças envolvidas na gestação. Outra sugestão seria a criação/validação de ferramentas específicas para gestantes para a avaliação da imagem corporal. Isso tornaria possível uma maior compreensão das preocupações particulares relacionadas ao corpo nessa fase da vida da mulher. Como consequência, tais pesquisas beneficiariam os profissionais que lidam diretamente com este público (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, educadores físicos) e, principalmente, as grávidas, já que a avaliação e a orientação nutricional e psicológica podem detectar e prevenir psicopatologias. Isso refletirá diretamente no bem-estar e na saúde materna e infantil.

REFERÊNCIAS

- Almeida, S. S., Zanatta, D. P., & Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(1), 153-160.
- Alvarenga, M., & Philippi, S. T. (2011). Estrutura, padrão, consumo e atitude alimentar: Conceitos e aplicações nos transtornos alimentares. In: M. Alvarenga, F. B. Scagliusi, & S. T. Philippi (Orgs.), *Nutrição e Transtornos Alimentares: Avaliação e tratamento*. Barueri, SP: Manole.
- Alvarenga, M., Scagliusi, F. B., & Philippi, S. T. (2011). *Nutrição e Transtornos Alimentares: Avaliação e tratamento*. Barueri, SP: Manole.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V)*. (5a ed.) Washington, DC: APA.
- Araújo, D. M. R., Pacheco, A. H. R. N., Pimenta, A. M., & Kac, G. (2008). Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(3), 333-340.
- Araújo, D. M. R., Pereira, N. L., & Kac, G. (2007). Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: Uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 747-756.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP]. Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301> Acessado em 07/12/2012, 2012.
- Bagheri, M., Dorosty, A., Sadrzadeh-Yeganeh, H., Eshraghian, M., Amiri, E., & Khamoush-Cheshm, N. (2013). Pre-pregnancy body size dissatisfaction and excessive gestational weight gain. *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 699-707.
- Baião, M. R., & Deslandes, S. F. (2008). Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(11), 2633-2642.
- Batista, D. C., Chiara, V. L., Gugelmin, S. A., & Martins, P. D. (2003). Atividade física e gestação: Saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 3(2), 151-158.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1888). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Bento, J. (2009). *Parabéns! Você está grávida: Orientações para uma gravidez perfeita*. São Paulo: Alaúde.

- Ben-Tovim, D. I., & Walker, M. K. (1991). The development of the Ben-Tovim Walker Body Attitudes Questionnaire (BAQ), a new measure of women's attitudes towards their own bodies. *Psychological Medicine*, 21(3), 775-784.
- Bjelica, A. (2004). Pregnancy as a stressful life event and strategies for coping with stress in women with pregnancy-induced hypertension. *Medicinski Pregled*, 57(7-8), 367-368.
- Bodnar, L. M., Wisner, K. L., Moses-Kolko, E., Sit, D. K., & Hanusa, B. H. (2009). Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and the likelihood of major depressive disorder during pregnancy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(9), 1290-1296.
- Bombassaro, P., Tavares, M. C. G. C. F., & Campana, A. N. N. B. (2008). Gestantes e atividade física: Uma abordagem global da mulher. *EFDeportes*, 13(121), 1.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Manual técnico de pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012a). *Gestação de alto risco: Manual técnico*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012b). *Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): Manual Instrutivo*. Brasília.
- Cairolli, P. B. (2009). *Avaliação da imagem corporal e da (in)satisfação com o corpo grávido pela escala de medida em imagem corporal em gestantes inscritas no programa de pré-natal da rede básica de saúde de Vinhedo - SP*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Campagne, D. M. (2004). The obstetrician and depression during pregnancy. *Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 116(2), 125-130.
- Carvalho, P. H. B., Filgueiras, J. F., Neves, C. M., Coelho, F. D., & Ferreira, M. E. C. (2013). Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(2), 108-114.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York: Ronald Press.
- Chang, H. Y., Yang, Y. L., Jensen, M. P., Lee, C. N., & Lai, Y. H. (2011). The experience of and coping with lumbopelvic pain among pregnant women in Taiwan. *Pain Medicine*, 12(6), 846-853.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2009). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. *Journal of Health Psychology*, 14(1), 27-35.

- Couto, E. R., Couto, E., Vian, B., Gregório, Z., Nomura, M. L., Zaccaria, R., Passini Júnior, R. (2009). Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *Sao Paulo Medical Journal*, 127(4), 185-189.
- David, M. A. O., Benute, G. R. G., Fráguas Jr, R., Nomura, R. Y., Lucia, M. C. S., & Zugaib, M. (2008). Depressão em grávidas hipertensas: Preocupações maternas durante a gestação. *Psicologia Hospitalar*, 6(1), 2-20.
- Dias, M. S., Silva, R. A., Souza, L. D. M., Lima, R. C., Pinheiro, R. T., & Moraes, I. G. S. (2008). Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(12), 2787-2797.
- DiLeo, G. M. (2006). *Guia médico da gravidez: Passo a passo*. São Paulo: M. Books.
- Dini, G. M., Quaresma, M. R., & Ferreira, L. M. (2004). Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 19(1), 41-52.
- DiPietro, J. A., Millet, S., Costigan, K. A., Gurewitsch, E., & Caulfield, L. E. (2003). Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviors during pregnancy. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(10), 1314-1319.
- Dittmar, H. (2009). How do “body perfect” ideals in the media have a negative impact on body image and behaviors? Factors and processes related to self and identity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 1-8.
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological Science*, 16(4), 328-335.
- Downs, D. S., DiNallo, J. M., & Kirner, T. L. (2008). Determinants of pregnancy and postpartum depression: Prospective influences of depressive symptoms, body image satisfaction, and exercise behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 36(1), 54-63.
- Dubow, E. F., & Luster, T. (1990). Adjustment of children born to teenage mothers: the contribution of risk and protective factors. *Journal of Marriage and Family*, 52(2), 393-404.
- Duncombe, D., Wertheim, E. H., Skouteris, H., Paxton, S. J., & Kelly, L. (2008). How well do women adapt to changes in their body size and shape across the course of pregnancy? *Journal of Health Psychology*, 13(4), 503-515.
- Dunker, K. L. L., Alvarenga, M. S., & Alves, V. P. O. (2009). Transtornos alimentares e gestação: Uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 60-68.
- Fairburn, C. G., & Welch, S. L. (1990). The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to weight and shape. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 153-160.
- Fan, F., & Fu, J. (2001). Self-concept and mental health of college students. *Chinese Mental Health Journal*, 15, 76-77.

- Ferreira, M. E. C., Castro, A. P. A., & Gomes, G. (2005). A obsessão masculina pelo corpo: Malhado, forte e sarado. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 27(1), 167-182.
- Ferreira, M. E. C., Castro, M. R., & Morgado, F. F. R. (2014). *Imagem Corporal: Reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa*. Juiz de Fora, MG: Editora UFJF.
- Filgueiras, J. F., Neves, C. M., Carvalho, P. H. B., & Ferreira, M. E. C. (no prelo). Insatisfação corporal em gestantes: Uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*.
- Fioravanti-Bastos, A. C. M., Cheniaux, E., & Landeira-Fernandez, J. (2011). Development and validation of a short-form version of the Brazilian State-trait Anxiety Inventory. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 485-494.
- Fortes, L. S., Amaral, A. C. S., Almeida, S. S., & Ferreira, M. E. C. (2013). Efeitos de diversos fatores sobre o comportamento alimentar de adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3301-3310.
- Fortes, L. S., Matta, M. O., Paes, S. T., & Ferreira, M. E. C. (2012). Fatores de risco associados ao comportamento alimentar inadequado em futebolistas. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(3), 447-454.
- Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Kaprinis, S. G., Sitzoglou, K., ..., Bech, P. (2001). Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry*, 1(3), 1.
- Fuller-Tyszkiewicz, M., Skouteris, H., Watson, B., & Hill, B. (2012). Body image during pregnancy: An evaluation of the suitability of the body attitudes questionnaire. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 91-101.
- Garcia, R. W. D. (1999). *A comida, a dieta, o gosto. Mudanças na cultura alimentar*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gardner, R. M., Stark, K., Jackson, N. A., & Friedman, B. N. (1999). Development and validation of two new scales for assessment of body-image. *Perceptual & Motor Skills*, 89(3 Pt 1), 981-993.
- Gleeson, K., & Frith, H. (2006). (De)constructing body image. *Journal of Health Psychology*, 11(1), 79-90.
- Goodwin, A., Astbury, J., & McMeeken, J. (2000). Body image and psychological well-being in pregnancy. A comparison of exercisers and non-exercisers. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(4), 442-447.
- Gorenstein, C., & Andrade, L. (1998). Validation of a Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 29(4), 453-457.
- Gow, R. W., Lydecker, J. A., Lamanna, J. D., & Mazzeo, S. E. (2012). Representations of celebrities' weight and shape during pregnancy and postpartum: A content analysis of three entertainment magazine websites. *Body Image*, 9(1), 172-175.

- Guimarães, A. A. G., & Velásquez-Meléndez, G. (2002). Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do sistema de informação sobre nascidos vivos em Itaúna, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2(3), 283-290.
- Hart, E. A. (2003). Avaliando a imagem corporal. In: K. Tritschler (Ed.), *Medida e avaliação em Educação Física e esportes de Barrow & McGee* (pp. 457-488). Barueri, SP: Manole.
- Hauff, L. E., & Demerath, E. W. (2012). Body image concerns and reduced breastfeeding duration in primiparous overweight and obese women. *American Journal of Human Biology*, 24(3), 339-349.
- Herring, S. J., Oken, E., Haines, J., Rich-Edwards, J. W., Rifas-Shiman, S. L., Kleinman, K. P., & Gillman, M. W. (2008). Misperceived pre-pregnancy body weight status predicts excessive gestational weight gain: Findings from a US cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(8), 1-9.
- Huizink, A. C., Medina, P. G. R., Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), 810-818.
- Kamysheva, E., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2008). Examination of a multi-factorial model of body-related experiences during pregnancy: The relationships among physical symptoms sleep quality, depression, self-esteem, and negative body attitudes. *Body Image*, 5(2), 152-163.
- Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammen, C. I., & Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11(3), 289-299.
- Laus, M. F., Miranda, V. P., Almeida, S. S., Costa, T. M. B., & Ferreira, M. E. C. (2012). Geographic location, sex and nutritional status play an important role in body image concerns among Brazilian adolescents. *Journal of Health Psychology*, 18(3), 332-338.
- Leal, G. V. S., Philippi, S. T., Polacow, V. O., Cordás, T. A., & Alvarenga, M. S. (2013). O que é comportamento de risco para transtornos alimentares?. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(1), 62-75.
- Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2009). "Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders": A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 39-42.
- Lima, M. O. P., & Tsunehiro, M. A. (2008). Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: Uma revisão sistemática. *Mundo da Saúde*, 32(4), 530-536.
- López-Guimerà, G., Levine, M. P., Sánchez-Carracedo, D., & Fauquet, J. (2010). Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: A review of effects and processes. *Media Psychology*, 13(4), 387-416.
- Loth, K. A., Bauer, K. W., Wall, M., Berge, J., & Neumark-Sztainer, D. (2011). Body satisfaction during pregnancy. *Body Image*, 8(3), 297-300.

- Maçola, L., Vale, I. N., & Carmona, E. V. (2010). Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 570-577.
- Mann, L., Kleinpaul, J. F., Mota, C. B., & Santos, S. G. (2010). Alterações biomecânicas durante o período gestacional: Uma revisão. *Motriz*, 16(3), 730-741.
- Mehta, U. J., Siega-Riz, A. M., & Herring, A. H. (2011). Effect of body image on pregnancy weight gain. *Maternal and Child Health Journal*, 15(3), 324-332.
- Meurer, S. T., Benedetti, T. R. B., & Mazo, G. Z. (2009). Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos. *Motriz*, 15(4), 788-796.
- Miranda, V. P. N., Neves, C. M., Filgueiras, J. F., Carvalho, P. H. B., & Ferreira, M. E. C. (2013). Nível de atividade física e satisfação corporal em estudantes de Educação Física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 21(2), 98-105.
- Modoio, V. B., Antunes, H. K., Gimenez, P. R., Santiago, M. L., Tufik, S., & Mello, M. T. (2011). Negative addiction to exercise: Are there differences between genders? *Clinics*, 66(2), 255-260.
- Murkoff, H., Eisenberg, A., & Hathaway, S. (2012). *O que esperar quando você está esperando* (18a ed.). Rio de Janeiro: Record.
- Murnen, S. K. (2011). Gender and body images. In T. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.) (pp. 173-179). New York: The Guilford Press.
- Nunes, M. A., Camey, S., Olinto, M. T. A., & Mari, J. J. (2005). The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38(11), 1.655-1.662.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Parcias, S., Rosario, B. P., Sakae, T., Monte, F., Guimarães, A. C. A., & Xavier, A. J. (2011). Validação da versão em português do Inventário de Depressão Maior. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 164-170.
- Pereira, E. F., Graup, S., Lopes, A. S., Borgatto, A. F., & Daronco, L. S. E. (2009). Percepção da imagem corporal de crianças e adolescentes com diferentes níveis socioeconômicos na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(3), 253-262.
- Perini, T. A., Vieira, R. S., Vigário, P. S., Oliveira, G. L., Ornellas, J. S., & Oliveira, F. P. (2009). Transtorno do comportamento alimentar em atletas de elite de nado sincronizado. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 15(1), 54-57.
- Philippi, S. T. (1999). Guia alimentar para o ano de 2000. In: R. Angelis. *Fome oculta* (pp. 160-178). São Paulo: Atheneu.

- Piccinini, C. A., Lopes, R. S., Gomes, A. G., & De Nardi, T. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.
- Pinheiro, A. P., & Giugliani, E. R. J. (2006). Body dissatisfaction in Brazilian school children: Prevalence and associated factors. *Revista de Saúde Pública*, 40(3), 489-496.
- Pinheiro, S. N., Laprega, M. R., & Furtado, E. F. (2005). Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 593-598.
- Pinto, I. D., Padovani, F. H. P., & Linhares, M. B. M. (2009). Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 75-83.
- Rezende, C. B. (2011). Um estado emotivo: Representação da gravidez na mídia. *Cadernos Pagu*, (36), 315-344.
- Riechelmann, J. C. (1997). A mulher atual: Perspectivas frente à gestação. In M. Zugaib, J. J. A. Tedesco, & J. Quayle (Orgs.), *Obstetrícia psicossomática* (pp. 40-53). São Paulo: Atheneu.
- Robertson-Frey, T. L. (2005). *Body image and pregnancy: Application of theory of reasoned action*. Dissertation, University of Saskatchewan, Saskatoon, SK, Canadá.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rotman, F. (2008). *Gravidez sem risco: A nutrição do bebê in útero*. Belo Horizonte: Leitura.
- Sbicigo, J. B., Bandeira, D. R., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): Validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, 15(3), 395-403.
- Scagliusi, F. B., Polacow, V. O., Cordás, T. A., Coelho, D., Alvarenga, M., Philippi, S. T., & Lancha Jr, A. H. (2005). Psychometric testing and applications of the Body Attitudes Questionnaire translated into Portuguese. *Perceptual and Motor Skills*, 101(1), 25-41.
- Scagliusi, F. B., Alvarenga, M., & Philippi, S. T. (2011). Conceitualização de alimentação saudável sob a perspectiva biopsicossocial. In: M. Alvarenga, F. B. Scagliusi, & S. T. Philippi (Orgs.), *Nutrição e Transtornos Alimentares: Avaliação e tratamento*. Barueri, SP: Manole.
- Schilder, P. (1999). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique* (3a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Segato, L., Andrade, A., Vasconcellos, D. I. C., Matias, T. S., & Rolim, M. K. S. B. (2009). Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. *Revista da Educação Física/UEM*, 20(1), 121-129.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 93-101.

- Silva, C. S., Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2009). Relação entre prática religiosa, depressão, ansiedade e uso de álcool entre gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora. *HU Revista*, 35(2), 111-118.
- Silva, R. A., Ores, L. C., Mondin, T. C., Rizzo, R. N., Moraes, I. G. S., Jansen, K., & Pinheiro, R. T. (2010). Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: Prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(9), 1832-1838.
- Skouteris, H., Carr, R., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Duncombe, D. (2005). A prospective study of factors that lead to body image dissatisfaction during pregnancy. *Body Image*, 2(4), 347-361.
- Slade, P. D. (1994). What is body image?. *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 497-502.
- Steiner, M., Dunn, E., & Born, L. (2003). Hormones and mood: From menarche to menopause and beyond. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 67-83.
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99-103.
- Sui, Z., Turnbull, D., & Dodd, J. (2013). Effect of body image on gestational weight gain in overweight and obese women. *Women and Birth*, 26(4), 267-272.
- Sweeney, A. C., & Fingerhut, R. (2013). Examining relationships between body dissatisfaction, maladaptive perfectionism, and postpartum depression symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42(5), 551-561.
- Thomas, J. R., Nelson, J. K., & Silverman, S. J. (2012). *Métodos de pesquisa em atividade física*. (5a ed.) São Paulo: Artmed.
- Thompson, J. K. (2004). The (mis)measurement of body image: Ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*, 1(1), 7-14.
- Thompson, J. K., & van den Berg, P. (2002). Measuring body image attitudes among adolescents and adults. In: T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research & clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 205-220.
- Vale, A. M. O., Kerr, L. R. S., & Bosi, M. L. M. (2011). Comportamento de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 121-132.
- Weinberg, R., & Gould, G. (1995). *Foundations of sports and exercise psychology*. Champaign: Human Kinetics.
- Ximenes, R., Couto, G. & Sougey, E. (2010) Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 59-64.

ANEXO I

ARTIGO DE REVISÃO - INSATISFAÇÃO CORPORAL EM GESTANTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Filgueiras, J. F., Neves, C. M., Carvalho, P. H. B., & Ferreira, M. E. C. (no prelo). Insatisfação corporal em gestantes: Uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*.

Resumo

A imagem corporal de gestantes deve ser alvo de atenção por parte dos profissionais de saúde, tendo em vista a promoção da saúde materna infantil. O objetivo da presente revisão integrativa foi analisar a literatura sobre imagem e insatisfação corporal em gestantes. Foram buscados artigos nas bases de dados Scopus, PubMed, BVS e PsycINFO utilizando o cruzamento de "pregnancy" com as palavras-chave: "body image" e "body dissatisfaction". Após a adoção dos critérios de inclusão e exclusão foram analisados 40 estudos. Estes apontam dados inconclusivos quanto à insatisfação corporal durante a gestação. Presença de sintomas depressivos, baixa autoestima, atitude alimentar inadequada e ganho de peso fora dos limites recomendados têm sido associados à uma imagem corporal negativa. Contradições nos achados podem estar relacionadas às diferenças nos instrumentos utilizados para mensurar a imagem corporal. Pelo possível impacto de uma imagem corporal negativa durante a gestação na saúde materna e infantil, são recomendadas novas investigações, em especial o desenvolvimento de um instrumento avaliativo de imagem corporal específico para gestantes.

Palavras-chave: Imagem corporal, gravidez, adulto, saúde, revisão.

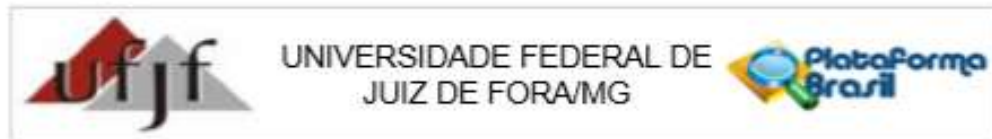
Abstract:

The body image of pregnant women should receive attention from health professionals, with a view to promoting maternal and child health. The purpose of this integrative review was to analyze the literature in image and body dissatisfaction during pregnancy. The review covered articles published in Scopus, PubMed, BVS and PsycINFO crossing "pregnancy" with the keywords: "body image" and "body dissatisfaction". After the adoption of inclusion and exclusion criteria 40 studies were analyzed. The data are inconclusive about body dissatisfaction during pregnancy. Presence of depressive symptoms, low self-esteem,

inadequate eating attitude and weight gain outside the recommended limits have been associated with a negative body image. Contradictions in findings may be related to differences in the instruments used to measure body image. Because of the possible impact of a negative body image during pregnancy on maternal and child health, more investigations are recommended, especially the development of an assessment tool specific body image during pregnancy.

Keywords: Body image, pregnancy, adult, health, review.

ANEXO II



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Insatisfação Corporal em Gestantes da cidade de Juiz de Fora - MG

Pesquisador: Maria Elisa Caputo Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14406413.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Educação Física

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 337.124

Data da Relatoria: 11/07/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios bem caracterizados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto formulado de forma clara e objetiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos são apresentados, conforme o exigido.

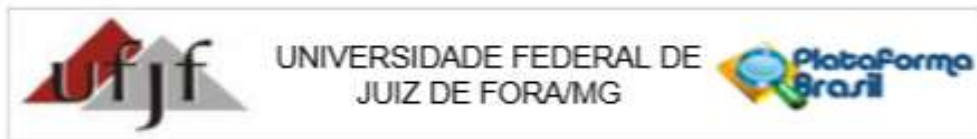
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Possíveis inadequações ou possibilidades de pendência deixam de existir. Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 13/03/2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 327.124

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 19 de Julho de 2013

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

ANEXO III



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa **“Insatisfação Corporal em Gestantes da cidade de Juiz de Fora/MG”**. Nesta pesquisa pretendemos **avaliar a prevalência de insatisfação corporal em gestantes**. O motivo que nos leva a estudar **surge a partir da hipótese de que a gravidez é uma das fases da vida da mulher na qual ela passa por inúmeras transformações corporais, apresentando aumento do peso e tamanho corporal em um curto espaço de tempo, e que estes são fatores que levam a insatisfação corporal**.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: aplicação de questionários, já validados na literatura, relacionados com a imagem corporal, atitude alimentar, depressão, autoestima, ansiedade e nível socioeconômico. Ademais, serão obtidos os dados antropométricos, idade gestacional e dados obstétricos no seu prontuário com o médico responsável. Todos os dados serão coletados no próprio consultório do médico responsável no mesmo dia da consulta de exame de pré-natal. Esta pesquisa apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Para participar deste estudo a Sra não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sra não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, no Laboratório de Estudos do Corpo – Faculdade de Educação Física e Desportos – UFJF e a outra será fornecida à senhora. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos da pesquisa **“Insatisfação Corporal em Gestantes da cidade de Juiz de Fora/MG”** de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 _____.

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102- 3788 / E-MAIL: CEP.PROPEAQ@UFJF.EDU.BR

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: MARIA ELISA CAPUTO FERREIRA
ENDEREÇO: LABORATÓRIO DE ESTUDOS DO CORPO – FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS – UFJF – RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER, S/N – CAMPUS UNIVERSITÁRIO – BAIRRO SÃO PEDRO - JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-330
FONE: (32) 9945 0590 / E-MAIL: CAPUTOFERREIRA@TERRA.COM.BR

ANEXO IV
Questionário sociodemográfico

1) Nome: _____

2) Idade: _____ anos Data de Nascimento: ____/____/____

Tempo gestacional (em semanas): _____

Condição gestacional: _____

Peso (kg): _____

Altura (m): _____

3) Escolaridade:

A. Ensino Fundamental

C. Ensino Superior

B. Ensino Médio

E. Pós-graduação

4) Estado Civil:

A. Solteira

D. Divorciada

B. Casada

E. Viúva

C. Vive com companheiro

5) Número de filhos nascidos: _____

Relação com pai do bebê: Boa () Ruim ()

Tem apoio familiar? Sim () Não ()

7) A gravidez foi planejada? Sim () Não ()

Pensou em abortar? Sim () Não ()

8) Faz uso de bebida alcoólica? Sim () Não ()

Frequência semanal: () Raramente () Às vezes () Sempre

Faz uso de cigarros? Sim () Não ()

Frequência semanal: () Raramente () Às vezes () Sempre

ANEXO V
Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2012)

Posse de itens	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Vídeo Cassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

Grau de instrução do chefe da família

- Analfabeto / Fundamental 1 Incompleto ()
Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto ()
Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto ()
Médio Completo / Superior Incompleto ()
Superior Completo ()

ANEXO VI

Avaliação do estado nutricional da gestante acima de 18 anos, segundo o IMC por semana gestacional (Brasil, 2005)

Semana Gestacional	Baixo Peso (IMC < ou =)	Adequado (IMC entre)	Sobrepeso (IMC entre)	Obesidade (IMC= ou >)
6	19,9	20,0-24,9	25,0-30,0	30,1
8	20,1	20,2-25,0	25,1-30,1	30,2
10	20,2	20,3-25,2	25,3-30,2	30,3
11	20,3	20,4-25,3	25,4-30,3	30,4
12	20,4	20,5-25,4	25,5-30,3	30,4
13	20,6	20,7-25,6	25,7-30,4	30,5
14	20,7	20,8-25,7	25,8-30,5	30,6
15	20,8	20,9-25,8	25,9-30,6	30,7
16	21,0	21,1-25,9	26,0-30,7	30,8
17	21,1	21,2-26,0	26,1-30,8	30,9
18	21,2	21,3-26,1	26,2-30,9	31,0
19	21,4	21,5-26,2	26,3-30,9	31,0
20	21,5	21,6-26,3	26,4-31,0	31,1
21	21,7	21,8-26,4	26,5-31,1	31,2
22	21,8	21,9-26,6	26,7-31,2	31,3
23	22,0	22,1-26,8	26,9-31,3	31,4
24	22,2	22,3-26,9	27,0-31,5	31,6
25	22,4	22,5-27,0	27,1-31,6	31,7
26	22,6	22,7-27,2	27,3-31,7	31,8
27	22,7	22,8-27,3	27,4-31,8	31,9
28	22,9	23,0-27,5	27,6-31,9	32,0
29	23,1	23,2-27,6	27,7-32,0	32,1
30	23,3	23,4-27,8	27,9-32,1	32,2
31	23,4	23,5-27,9	28,0-32,2	32,3
32	23,6	23,7-28,0	28,1-32,3	32,4
33	23,8	23,9-28,1	28,2-32,4	32,5
34	23,9	24,0-28,3	28,4-32,5	32,6
35	24,1	24,2-28,4	28,5-32,6	32,7
36	24,2	24,3-28,5	28,6-32,7	32,8
37	24,4	24,5-28,7	28,8-32,8	32,9
38	24,5	24,6-28,8	28,9-32,9	33,0
39	24,7	24,8-28,9	29,0-33,0	33,1
40	24,9	25,0-29,1	29,2-33,1	33,2
41	25,0	25,1-29,2	29,3-33,2	33,3
42	25,0	25,1-29,2	29,3-33,2	33,3

ANEXO VII
Body Attitudes Questionnaire (Scagliusi et al., 2005)

AFIRMATIVA	Concordo Fortemente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo Fortemente
1- Eu usualmente me sinto fisicamente atraente.					
2- Eu prefiro não deixar que outras pessoas vejam meu corpo.					
3- As pessoas raramente me acham sexualmente atraente.					
4- Eu fico tão preocupada com a minha forma física que sinto que preciso fazer uma dieta.					
5- Eu me sinto gorda quando não consigo passar as roupas pelos meus quadris.					
6- As pessoas me evitam por causa da minha aparência.					
7- Eu me sinto satisfeita com o meu rosto.					
8- Eu me preocupo se outras pessoas vêm "pneus" de gordura ao redor da minha cintura e estômago.					
9- Eu acho que mereço a atenção do sexo oposto.					
10- Eu dificilmente me sinto gorda.					
11- Existem coisas mais importantes na vida do que a forma do meu corpo.					
12- Eu acho ridículo fazer cirurgias plásticas para melhorar a aparência.					
13- Eu gosto de me pesar regularmente.					
14- Eu me sinto gorda quando uso roupas que são apertadas na cintura.					
15- Eu já considerei suicídio por causa da forma como pareço aos outros.					
16- Eu fico exausta rapidamente se faço muito exercício.					
17- Eu tenho cintura fina.					
18- Minha vida esta se arruinando por causa da minha aparência.					
19- Usar roupas largas faz-me sentir magra.					
20- Eu dificilmente penso a respeito da forma do meu corpo.					
21- Eu sinto que meu corpo foi mutilado.					
22- Eu tenho orgulho da minha força física.					
23- Eu sinto que tenho coxas gordas.					
24- Eu não consigo participar de jogos e exercícios por causa da minha forma física.					
25- Comer doces, bolos ou outros alimentos calóricos faz-me sentir gorda.					
26- Eu tenho um corpo forte.					
27- Eu acho que minhas nádegas são muito largas.					
28- Eu me sinto gorda quando saio em fotos.					
29- Eu tento e consigo me manter em forma.					
30- Pensar a respeito das formas do meu corpo tira a minha concentração.					
31- Eu gasto muito tempo pensando em comida.					
32- Eu estou preocupada com o meu desejo de ser mais leve.					
33- Se me vejo em um espelho ou vitrine, sinto-me mal quanto à minha forma física.					
34- As pessoas riem de mim por causa da minha aparência.					
35- Eu frequentemente me sinto gorda.					
36- Eu gasto muito tempo pensando sobre meu peso.					
37- Eu sou um pouco de um "Homem de Ferro."					
38- Eu me sinto gorda quando estou sozinha.					
39- Eu me preocupo que minhas coxas e nádegas tenham celulite.					
40- As pessoas frequentemente elogiam minha aparência.					
41- Perder um quilo de peso não afetaria realmente meus sentimentos a respeito de mim mesma.					
42- Eu me sinto gorda quando não consigo entrar em roupas que antes me serviam.					
43- Eu nunca fui muito forte.					
44- Eu tento evitar roupas que me fazem sentir especialmente ciente das minhas formas.					

ANEXO VIII

Eating Attitudes Test - 26 (Nunes et al., 2005)

Por favor, responda às seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1.Fico apavorada com a ideia de estar engordando.						
2.Evito comer quando estou com fome.						
3. Sinto-me preocupada com os alimentos.						
4.Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.						
5.Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.						
6.Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que como.						
7.Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batata).						
8.Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.						
9.Vomito depois de comer.						
10.Sinto-me extremamente culpada depois de comer.						
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magra						
12.Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.						
13.As pessoas me acham muito magra.						
14.Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo.						
15.Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.						
16.Evito comer alimentos que contenham açúcar.						
17.Costumo comer alimentos dietéticos.						
18.Sinto que os alimentos controlam minha vida.						
19.Demonstro autocontrole diante dos alimentos.						
20.Sinto que os outros me pressionam para comer.						
21.Passo muito tempo pensando em comer.						
22.Sinto desconforto após comer doces.						
23.Faço regimes para emagrecer						
24.Gosto de sentir meu estômago vazio.						
25.Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.						
26.Sinto vontade de vomitar após as refeições.						

ANEXO IX***Beck Depression Inventory (Gorenstein & Andrade, 1998)***

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enojado de mim.
 - 3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
 - 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

- 11.** 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrito com as coisas que costumavam irritar-me.
- 12.** 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13.** 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
- 14.** 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
- 15.** 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16.** 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 17.** 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18.** 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
- 19.** 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

- 20.** 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
- 21.** 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO X***Rosenberg Self-esteem Scale (Dini, Quaresma, & Ferreira, 2004)*****Opções de resposta:**

- A) Concordo Plenamente**
- B) Concordo**
- C) Discordo**
- D) Discordo Plenamente**

- 1) De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeita comigo mesma.
- 2) Às vezes eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificada ou inferior em relação aos outros).
- 3) Eu sinto que eu tenho um tanto (número) de boas qualidades.
- 4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).
- 5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.
- 6) Às vezes, eu realmente me sinto muito inútil (incapaz de fazer as coisas).
- 7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.
- 8) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesma.
- 9) Quase sempre eu estou inclinada a achar que sou uma fracassada.
- 10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos, e sentimentos positivos) em relação a mim mesma.

ANEXO XI

Brazilian State-Trait Anxiety Inventory - versão curta

PARTE I

Leia cada afirmativa abaixo e faça um círculo ao redor do número que melhor indique como você se sente AGORA, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente NESTE MOMENTO.

AVALIAÇÃO

Absolutamente não (1)	Um pouco (2)	Bastante (3)	Muitíssimo (4)
1 - Sinto-me calma.....	1	2	3 4
2 - Estou tensa	1	2	3 4
3 - Sinto-me à vontade.....	1	2	3 4
4 - Sinto-me nervosa.....	1	2	3 4
5 - Sinto-me descontráida.....	1	2	3 4
6 - Estou preocupada	1	2	3 4

PARTE II

Leia cada afirmativa abaixo e faça um círculo ao redor do número que melhor indique como você GERALMENTE se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente GERALMENTE.

AVALIAÇÃO

Quase nunca (1)	Às vezes (2)	Frequentemente (3)	Quase Sempre (4)
1 - Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma.....	1	2	3 4
2 - Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3 4
3 - Sinto-me segura.....	1	2	3 4
4 - Fico tensa e perturbada quando penso em meus problemas do momento.....	1	2	3 4
5 - Sinto-me nervosa e inquieta	1	2	3 4
6 - Tomo decisões facilmente.....	1	2	3 4