



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



---

**JULIANA FERNANDES FILGUEIRAS MEIRELES**

**ESCALAS DE AUTOACEITAÇÃO PARA GESTANTES E MULHERES NO PÓS-PARTO:  
DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Elisa Caputo Ferreira  
Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fabiane Frota da Rocha Morgado**

Juiz de Fora  
2018

---

**JULIANA FERNANDES FILGUEIRAS MEIRELES**

ESCALAS DE AUTOACEITAÇÃO PARA GESTANTES E MULHERES NO PÓS-PARTO:  
DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA

Trabalho de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicologia por Juliana Fernandes Filgueiras Meireles.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Elisa Caputo Ferreira

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fabiane Frota da Rocha Morgado

Juiz de Fora

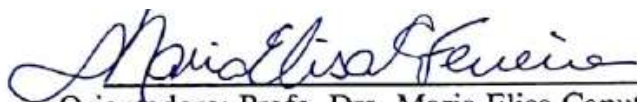
2018

Juliana Fernandes Filgueiras Meireles

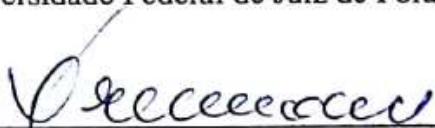
**ESCALAS DE AUTOACEITAÇÃO PARA GESTANTES E MULHERES NO PÓS-PARTO:  
DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia por **Juliana Fernandes Filgueiras Meireles**.

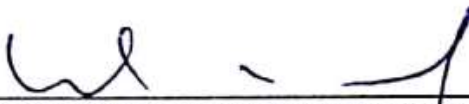
Dissertação defendida e aprovada em 08 de fevereiro de dois mil e dezoito, pela banca constituída por:



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



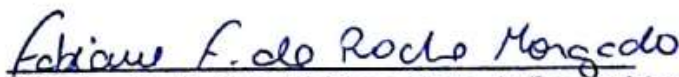
Membro Titular: Profa. Dra. Denise Gasparetti Drumond  
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Prof. Dr. Lélcio Moura Lourenço  
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Profa. Dra. Ana Carolina Soares Amaral  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais



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

## AGRADECIMENTOS

Para chegar até aqui, contei com ajuda, direta e indireta, de várias pessoas. Esse trabalho carrega meu nome como autora, mas nada disso seria possível sem a colaboração de diversos nomes. Esse sonho não teria sido possível se eu não tivesse ao meu lado múltiplos anjos. Por isso, nada mais justo, eu nomear, agradecer novamente e deixar registrado alguns deles.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus. Você quem me proporcionou esta oportunidade, me abençoou com sabedoria, coragem, perseverança e, claro, por ter colocado estes anjos em minha vida. Muito obrigada, meu Pai.

Ao Léo. Meu marido, meu parceiro e meu amigo. Você quem esteve ao meu lado tanto nos melhores momentos quanto naqueles mais difíceis. Como foi dito há alguns anos: “na alegria e na tristeza, na saúde e na doença, na riqueza e na pobreza”. Aqui, lá, acolá ou qualquer outro lugar, uma só certeza: quero viver para sempre com você. Eu te amo. Do fundo do meu coração, muito obrigada!

À Lisa. Minha filhota e companheira de estudos. Você tornou os momentos mais difíceis, mais fáceis. Você fez com que momentos bons, se transformassem em melhores ainda. Obrigada por demonstrar seu amor todos os dias, mesmo sem usar palavras para isso. Você é a melhor de todas!

Aos meus pais. Meus exemplos, fonte de inspiração e suporte. Mãe e pai, vocês são os melhores pais do mundo. Queria falar para vocês que, se fosse possível, teria escolhido vocês como meus pais. Muito obrigada por acreditarem em mim, me incentivarem a buscar meus sonhos e por serem pessoas que posso contar sempre. Amo muito vocês!

Ao meu irmão. Meu querido e sempre disponível para tudo. Sempre que precisei de ajuda, você estava lá. Seu companheirismo, bondade e irmandade foram imprescindíveis nesse processo. Muito obrigada, meu irmão!

Aos meus sogros e cunhada. Meus amados, que grande sorte a minha ter vocês perto de mim. Muito obrigada pelo carinho, atenção, cuidado e amor! Vocês são, sem dúvida, os melhores.

À Clara. Minha amiga, madrinha e afilhada. Muito obrigada por tudo, minha amiga. Não saberia descrever esse “tudo”, porque se trata, realmente, de “tudo” mesmo! Nem 10 mil

quilômetros foram páreos para nossa parceria. Você, com certeza, é um presente da Universidade para a vida.

À Lais. Minha amiga querida, sua amizade, apoio, carinho e participação contribuíram MUITO para a concretização desse sonho. Você que esteve comigo, da primeira à quarta etapa desta pesquisa, dentro e fora de campo, de perto e de longe, em situações boas e naquelas adversas, a minha gratidão eterna. Muito obrigada, vaca veia.

À Maria Elisa. A você que foi um anjo em forma de orientadora, muitíssimo obrigada. Obrigada pela oportunidade de estar ao seu lado por tantos anos, pelos ensinamentos dentro e fora da academia, pelo suporte profissional e pessoal. Esse é mais um ciclo que se fecha e o início do próximo. Um lugar especial no meu coração é seu, para sempre.

À Fabi. Minha coorientadora que vivenciou início, meio e fim desse projeto, em todos os sentidos possíveis, o meu sincero agradecimento. Obrigada pelo conhecimento compartilhado, pelo acolhimento, pelas palavras sempre certas e pela confiança depositada em mim. E, apesar desse processo estar terminando, tenha certeza que você terá, para sempre, meu respeito, meu carinho e minha amizade.

À Aninha, que é uma parceira de trabalho e uma amiga carinhosa. Seus apontamentos contribuíram significativamente para a construção de um trabalho melhor. Obrigada por ter dedicado seu tempo para me ajudar nesse processo. Mais do que isso, agradeço pela parceria e amizade de longa data. E que venham os próximos frutos.

Ao Pedro. Seus ensinamentos foram fundamentais para o meu crescimento acadêmico. Você, para mim, é um exemplo de profissional e professor. Muito obrigada por tudo, principalmente, pela amizade.

Aos amigos do Laboratório de Estudos do Corpo (LABESC), obrigada por mostrarem que um ambiente de trabalho pode ser produtivo e amigável. Contem comigo sempre.

Às bolsistas Ana Carolina, Isabela, Letícia e Raíssa, muito obrigada. Aos bolsistas da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, em especial, Dani. Vocês são parte importante para que esse trabalho pudesse ser concretizado. Espero ter contribuído para a formação de vocês tanto quanto vocês colaboraram com a minha.

À professora Maria Muzik e à Stephanie Thompson. Muito obrigada por me receberem tão bem na *University of Michigan* e me proporcionarem a oportunidade de aprender com vocês. Nossa parceria está apenas começando.

Aos amigos, em especial, Laurinha, Nath, Mayara, Mari, Hanna e Ju, muito obrigada. Direta ou indiretamente, vocês me ajudaram (e ajudam) diariamente. Vocês são pessoas mais que especiais.

Às gestantes e mulheres no pós-parto, muito muito muito obrigada. A todas vocês que decidiram contribuir voluntariamente com este trabalho, o meu agradecimento mais que especial. Sem vocês, realmente, esse sonho não seria possível.

Aos parceiros de norte a sul do Brasil que contribuíram com a fase mais difícil desse trabalho: a coleta de dados da última etapa. Muito obrigada aos médicos, enfermeiros, professores, secretárias, organizadores de eventos, amigos de amigos e tantos outros que tornaram esse sonho viável. Alguns não me conheciam e se dispuseram a colaborar pelo simples fato de ajudar. Vocês foram essenciais. Novamente, muito muito muito obrigada, meus anjos.

À professora Denise Gasparetti Drumond. Muito obrigada por ter aceitado tão gentilmente contribuir para o engrandecimento desse trabalho.

À professora Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov e ao professor Lélío Moura Lourenço, que prontamente aceitaram o convite para colaborar com esta tese.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF, obrigada pela contribuição na minha formação acadêmica. Vocês também são responsáveis pela minha paixão pela área.

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

Obviamente, eu termino essa seção “Agradecimentos” com lágrimas nos olhos. Lágrimas estas de felicidade e sensação de dever cumprido. Durante todo esse processo, eu fiz o meu melhor e me doei inteira para este sonho. Estou muito satisfeita com este produto final. Acredito que “ponto final” desta tese, na verdade, é só mais uma “vírgula” de quem tem a certeza de que se tem muito a ser feito e que o trabalho tem que continuar. E sei que posso contar com eles: meus anjos.

Mais uma vez, muito muito obrigada!!!

## RESUMO

Ao longo da gravidez e do pós-parto, a mulher experiencia numerosas mudanças biopsicossociais. A autoaceitação é a aceitação dos atributos próprios, sendo eles positivos ou negativos, com a valorização das qualidades. Esse construto é um importante meio de desenvolvimento da imagem corporal positiva e pode influenciar a saúde materna e infantil. Apesar disso, há lacunas no conhecimento atual a respeito da autoaceitação de grávidas e mulheres no pós-parto, o que possivelmente relaciona-se à escassez de instrumentos válidos e confiáveis para avaliar esta população. O objetivo foi desenvolver e avaliar as qualidades psicométricas de duas escalas avaliativas da autoaceitação para brasileiras gestantes e no pós-parto. O desenvolvimento da presente tese é composto por quatro etapas. Na etapa 1, os itens foram criados com base em revisão de literatura, escalas prévias e quatro grupos focais. Participaram 14 gestantes entre 28 e 40 anos ( $M = 33,43$ ;  $DP = 3,76$ ) e quatro mulheres no pós-parto entre 28 e 35 anos ( $M = 33,33$ ;  $DP = 3,53$ ). Inicialmente, foram elaborados 108 itens que compuseram uma única escala. Além disso, as instruções, o formato e as opções de resposta também foram desenvolvidos. Na segunda etapa, a validade de conteúdo foi avaliada por nove peritos e 60 representantes do público-alvo entre 18 e 40 anos ( $M = 28,23$ ;  $DP = 5,36$ ). Alguns itens foram excluídos e outros modificados. As etapas 3 e 4 analisaram as qualidades empíricas e psicométricas em uma amostra de 1254 gestantes entre 18 e 52 anos ( $M = 29,00$ ;  $DP = 4,77$ ) e de 607 mulheres no pós-parto entre 18 e 44 anos ( $M = 29,09$ ;  $DP = 4,78$ ) das cinco regiões do Brasil. Análises fatoriais exploratória e confirmatória foram conduzidas com amostras independentes. A “Escala de Autoaceitação para Gestantes” (“*Self-Acceptance Scale for Pregnant Women*” - SAS-PW) é composta por dez itens divididos em duas subescalas: “Aceitação Corporal” e “Aceitação da Gravidez”. A “Escala de Autoaceitação para Mulheres no Pós-Parto” (“*Self-Acceptance Scale for Postpartum Women*” - SAS-PPW) é constituída por 14 itens e três subescalas: “Aceitação Corporal”, “Evitação Corporal” e “Preocupações com a Aparência”. Ambas as escalas apresentaram indicadores de validade convergente e discriminante e, a partir do ponto de corte estabelecido, são possíveis três classificações: baixa, moderada e alta autoaceitação. A SAS-PW e a SAS-PPW demonstraram boas qualidades psicométricas para brasileiras gestantes e no pós-parto, respetivamente, e seu uso é indicado para estas populações.

**Palavras-Chave:** Imagem corporal, gravidez, adultos, criação de escalas, psicometria.

## ABSTRACT

During the pregnancy and the postpartum period, women undergo numerous biopsychosocial changes. Self-acceptance is the acceptance of one's own attributes, no matter if they are negative or positive, with the appreciation of the qualities. This construct is an important means of developing positive body image and can influence on maternal health as well as the child's health. Nevertheless, there is a current knowledge gap regarding the self-acceptance of pregnant and postpartum women, what can possibly be related to the lack of validated and reliable instruments to evaluate it in this context. The aim was to develop and evaluate the psychometric qualities of two self-acceptance evaluative scales for Brazilian pregnant women and postpartum women. The development of this thesis consists of three stages. In stage 1, items based on literature review, previous scales, and four focus groups. A total of 14 pregnant women, from 28 and 40 years old ( $M = 33.43$ ;  $SD = 3.76$ ), and four postpartum women, from 28 and 35 years old ( $M = 33.33$ ;  $SD = 3.53$ ) took part. In total, initially 108 items were developed in order to compose a single scale. The instructions, the format and the response options were also developed. In stage 2, the content validity was evaluated by nine experts and 60 representatives of the target population aged 18 to 40 years old ( $M = 28.23$ ;  $SD = 5.36$ ). Some items were excluded and others were modified. Stages 3 and 4 analyzed the empirical and psychometric qualities in a sample of 1254 pregnant women between 18 and 52 years old ( $M = 29.00$ ;  $SD = 4.77$ ) and 607 postpartum women 18 and 44 years old ( $M = 29.09$ ;  $SD = 4.78$ ) of the five regions of Brazil. Exploratory and confirmatory factorial analyzes were conducted with independent samples. The "Self-Acceptance Scale for Pregnant Women" (SAS-PW) is composed of 17 items and two-factors: 1) Body Acceptance, and 2) Pregnancy Acceptance. The "Self-Acceptance Scale for Postpartum Women" (SAS-PPW) is composed of 14 items divided in three-factors: 1) Body Acceptance, 2) Body Avoidance, and 3) Concerning with Appearance. Both scales presented indicators of convergent and discriminant validity, and, from the established cut-off point, three classifications are possible: low, moderate and high self-acceptance. The SAS-PW and SAS-PPW demonstrated good psychometric qualities for Brazilian pregnant and postpartum women, respectively, and their use is indicated for these populations.

**Keywords:** Body image, pregnancy, adults, scale development, psychometrics.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AC	Subescala “Aceitação Corporal”
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AGFI	Índice Ajustado de Qualidade de Ajuste ( <i>Adjusted Goodness of Fit Index</i> )
BA	Bahia
BAS	<i>Body Appreciation Scale</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CFI	Índice de Ajuste Comparativo ( <i>Comparative Fit Index</i> )
DF	Distrito Federal
DP	Desvio Padrão
EAGEPP	Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto
EC	Subescala “Evitação Corporal”
FAEFID	Faculdade de Educação Física e Desportos
G	Grupo
GE	Gestante
GF	Grupo focal
GFI	Índice de Qualidade de Ajuste ( <i>Goodness of Fit Index</i> )
GI	Grau de liberdade
IMC	Índice de Massa Corporal
J	Juiz
kg	Quilograma
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
LABESC	Laboratório de Estudos do Corpo
LISREL	<i>Linear Structural Relations</i>
m	Metros
M	Média
MG	Minas Gerais

NCCEB	Novo Critério de Classificação Econômica Brasil
NFI	Índice de Ajuste Normado ( <i>Normed Fit Index</i> )
NNFI	Índice de Ajuste Não Normado ( <i>Non-Normed Fit Index</i> )
OMS	Organização Mundial da Saúde
P	Participante
PP	Pós-Parto
PR	Paraná
PA	Subescala “Preocupações com a Aparência”
RJ	Rio de Janeiro
RMSEA	Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação ( <i>Root Mean Square Error of Approximation</i> )
RO	Rondônia
RS	Rio Grande do Sul
RSS	<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i>
SAS-PW	<i>Self-Acceptance Scale for Pregnant Women</i>
SAS-PPW	<i>Self-Acceptance Scale for Postpartum Women</i>
SP	São Paulo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
ULS	<i>Unweighted Least Squares</i>
$\chi^2/GL$	Qui-quadrado normado

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Julgamento dos peritos quanto ao título, formato, instruções e escore total...	130
Tabela 2	Dados descritivos da amostra do primeiro pré-teste.....	137
Tabela 3	Dados descritivos da amostra do segundo pré-teste.....	147
Tabela 4	Percentual de divergência entre itens na afirmativa e na interrogativa.....	148
Tabela 5	Dados descritivos da amostra do terceiro pré-teste.....	151
Tabela 6	Frequência absoluta e relativa das gestantes por estado brasileiro.....	161
Tabela 7	Frequência absoluta e relativa das gestantes quanto às variáveis descritivas.	162
Tabela 8	Análise descritiva das respostas das gestantes.....	165
Tabela 9	Análise empírica dos itens para a amostra de gestantes.....	167
Tabela 10	Valores de referência para AFE.....	169
Tabela 11	KMO individual dos itens da SAS-PW – última rodada.....	171
Tabela 12	Comunalidades dos itens da SAS-PW – última rodada.....	172
Tabela 13	Cargas fatoriais de cada item da SAS-PW – última rodada.....	172
Tabela 14	Valores de referência e valores encontrados no modelo final da AFC para a amostra de gestantes.....	173
Tabela 15	Correlações (Spearman) para análise de validade convergente da SAS-PW.	177
Tabela 16	Validade discriminante da SAS-PW em relação ao período gestacional, estado nutricional, escolaridade, estado civil e nível socioeconômico.....	178
Tabela 17	Validade discriminante da SAS-PW em relação ao número de filhos, relação com o pai, apoio familiar, gravidez planejada, possibilidade de aborto e condição de risco.....	180
Tabela 18	Análise empírica dos itens para a SAS-PW – ajustada.....	181
Tabela 19	Síntese do ajuste geral e do modelo de mensuração da SAS-PW.....	183
Tabela 20	Frequência absoluta e relativa das mulheres do pós-parto por estado brasileiro.....	185
Tabela 21	Frequência absoluta e relativa das mulheres no pós-parto quanto às variáveis descritivas.....	186
Tabela 22	Análise descritiva das respostas das mulheres no pós-parto.....	189

Tabela 23	Análise empírica dos itens para a amostra de mulheres no pós-parto.....	191
Tabela 24	KMO individual dos itens da SAS-PPW – última rodada.....	195
Tabela 25	Comunalidades dos itens da SAS-PPW – última rodada.....	196
Tabela 26	Cargas fatoriais de cada item da SAS-PPW – última rodada.....	196
Tabela 27	Valores de referência e valores encontrados no modelo final da AFC para a amostra de mulheres no pós-parto.....	197
Tabela 28	Correlações (Spearman) para análise de validade convergente da SAS-PPW.....	202
Tabela 29	Validade discriminante da SAS-PPW em relação ao estado nutricional, escolaridade, estado civil e nível socioeconômico.....	202
Tabela 30	Validade discriminante da SAS-PPW em relação ao número de filhos, relação com o pai, apoio familiar, gravidez planejada e possibilidade de aborto.....	203
Tabela 31	Análise empírica dos itens para a SAS-PPW – ajustada.....	204
Tabela 32	Síntese do ajuste geral e do modelo de mensuração da SAS-PPW.....	206

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Hipótese inicial de itens do Fator “Sentimentos e crenças de aceitação corporal”.....	86
Quadro 2	Hipótese inicial de itens do Fator “Comportamentos de aceitação corporal”.....	98
Quadro 3	Hipótese inicial de itens do Fator “Aceitação da gravidez ou da maternidade”.....	105
Quadro 4	Hipótese inicial de itens do Fator “Filtro cognitivo de proteção”.....	113
Quadro 5	Instruções e opções de respostas à todas as participantes.....	115
Quadro 6	Instruções e opções de respostas às gestantes.....	115
Quadro 7	Instruções e opções de respostas às mulheres no pós-parto.....	115
Quadro 8	Reformulação de itens de acordo com as sugestões dos peritos.....	122
Quadro 9	Reformulação ou realocação de itens de acordo com o julgamentos dos peritos quanto à especificação por fatores.....	127
Quadro 10	EAGEPP após modificação quanto ao formato.....	131
Quadro 11	Teste de KMO e Bartlett da SAS-PW.....	170
Quadro 12	Teste de KMO e Bartlett da SAS-PPW.....	194

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Resíduos padronizados do modelo ajustado para a amostra de gestantes.....	175
FIGURA 2	Modelo da Escala de Autoaceitação para Gestantes (SAS-PW).....	176
FIGURA 3	Resíduos padronizados do modelo ajustado para a amostra de mulheres no pós-parto.....	199
FIGURA 4	Modelo da Escala de Autoaceitação para Mulheres no Pós-Parto (SAS-PPW).....	200

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO I	Parecer Consusubstanciado do Comitê de Ética.....	236
ANEXO II	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal.....	239
ANEXO III	Guia do Moderador - Grupo focal – Gestantes.....	240
ANEXO IV	Guia do Moderador - Grupo focal – Mulheres do Pós-Parto.....	246
ANEXO V	Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto – Primeira Versão.....	251
ANEXO VI	Formulário dos Peritos.....	257
ANEXO VII	Julgamento dos peritos da escala quanto à representatividade dos itens.....	269
ANEXO VIII	Julgamento dos peritos da escala quanto à redação dos itens.....	273
ANEXO IX	Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto – Segunda Versão.....	277
ANEXO X	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pré-teste.....	280
ANEXO XI	Novo Critério de Classificação Econômica Brasil.....	281
ANEXO XII	Formulário Primeiro Pré-teste.....	282
ANEXO XIII	Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto – Terceira Versão.....	290
ANEXO XIV	Formulário Segundo Pré-teste.....	294
ANEXO XV	Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto – Quarta Versão.....	305
ANEXO XVI	Formulário Terceiro Pré-teste.....	309
ANEXO XVII	Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto – Quinta Versão	318
ANEXO XVIII	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Análise empírica e psicométrica.....	322
ANEXO XIX	Questionário sociodemográfico – Gestantes.....	323
ANEXO XX	Questionário sociodemográfico – Mulheres no Pós-Parto.....	324
ANEXO XXI	Avaliação do estado nutricional da gestante acima de 18 anos,	

	segundo o IMC por semana gestacional.....	325
ANEXO XXII	<i>Body Appreciation Scale</i> .....	326
ANEXO XXIII	<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> .....	327
ANEXO XXIV	<i>Beck Depression Inventory</i> .....	328
ANEXO XXV	Análise Fatorial Exploratória – Gestantes.....	331
ANEXO XXVI	Análise Fatorial Confirmatória – Gestantes.....	342
ANEXO XXVII	Análise Fatorial Exploratória – Mulheres no Pós-Parto.....	359
ANEXO XXVIII	Análise Fatorial Confirmatória - Mulheres no Pós-Parto.....	377



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>OBJETIVO</b> .....	23
OBJETIVO GERAL .....	23
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
<b>HIPÓTESE</b> .....	24
HIPÓTESE GERAL .....	24
HIPÓTESES ESPECÍFICAS .....	24
<b>CAPÍTULO 1: REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	25
1.1 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA GESTAÇÃO E DO PÓS-PARTO .....	25
1.2 IMAGEM CORPORAL .....	34
<b>1.2.1 Imagem Corporal Positiva</b> .....	39
<b>1.2.2 Imagem corporal em gestantes e mulheres no pós-parto</b> .....	45
1.3 AUTOACEITAÇÃO .....	52
<b>1.3.1 Avaliação da autoaceitação</b> .....	55
<b>1.3.2 Autoaceitação em gestantes e mulheres no pós-parto</b> .....	56
1.4 DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DE ESCALAS .....	58
<b>1.4.1 Primeira etapa: Geração dos itens</b> .....	61
<b>1.4.2 Segunda etapa: Análise teórica dos itens</b> .....	64
<b>1.4.3 Terceira etapa: Análise empírica dos itens</b> .....	67
<b>1.4.4 Quarta etapa: Análise psicométrica</b> .....	69
<b>CAPÍTULO 2: DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA</b> .....	75
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	75
2.2 ASPECTOS ÉTICOS .....	76
2.3 PRIMEIRA ETAPA: GERAÇÃO DOS ITENS .....	76
<b>2.3.1 Métodos</b> .....	77
2.3.1.1 Participantes .....	77
2.3.1.2 Procedimentos de coleta de dados .....	78
2.3.1.3 Análise dos dados .....	80

<b>2.3.2 Resultados e Discussão</b> .....	80
2.3.2.1 Sentimentos e crenças de aceitação corporal .....	81
2.3.2.2 Comportamentos de aceitação corporal .....	89
2.3.2.3 Aceitação da gravidez ou da maternidade.....	99
2.3.2.4 Filtro cognitivo de proteção .....	106
2.3.2.5 Informações gerais da escala.....	113
<b>2.3.3 Considerações sobre a primeira versão</b> .....	116
2.4 SEGUNDA ETAPA: ANÁLISE TEÓRICA DOS ITENS .....	116
<b>2.4.1 Julgamento dos peritos</b> .....	116
2.4.1.1 Métodos.....	117
2.4.1.1.1 <i>Participantes</i> .....	117
2.4.1.1.2 <i>Procedimentos de coleta de dados</i> .....	117
2.4.1.1.3 <i>Análise dos dados</i> .....	119
2.4.1.2 Resultados e Discussão .....	119
2.4.1.3 Considerações sobre a segunda versão .....	132
<b>2.4.2 Julgamento do público-alvo (Pré-teste)</b> .....	133
2.4.2.1 Métodos.....	134
2.4.2.1.1 <i>Participantes</i> .....	134
2.4.2.1.2 <i>Procedimentos de coleta de dados</i> .....	134
2.4.2.1.3 <i>Análise dos dados</i> .....	136
2.4.2.2 Resultados e Discussão .....	137
2.4.2.2.1 <i>Primeiro pré-teste</i> .....	137
2.4.2.2.2 <i>Segundo pré-teste</i> .....	146
2.4.2.2.3 <i>Terceiro pré-teste</i> .....	150
2.4.2.3 Considerações sobre os pré-testes.....	152
2.5 TERCEIRA E QUARTA ETAPAS: ANÁLISE EMPÍRICA E PSICOMÉTRICA ....	153
<b>2.5.1 Métodos</b> .....	153
2.5.1.1 Participantes .....	153
2.5.1.2 Instrumentos .....	154
2.5.1.3 Procedimentos de coleta de dados .....	156
2.5.1.4 Análise dos dados .....	158

<b>2.5.2 Resultados</b> .....	160
2.5.2.1 Resultados – Gestantes.....	160
2.5.2.1.1 <i>Análise Empírica - Gestantes</i> .....	163
2.5.2.1.2 <i>Análise Psicométrica - Gestantes</i> .....	169
A) <i>Análise Fatorial Exploratória – Gestantes</i> .....	169
B) <i>Análise Fatorial Confirmatória – Gestantes</i> .....	173
C) <i>Outros indicadores de validade de construto – Gestantes</i> .....	177
2.5.2.1.3 <i>Análise empírica após modelo final ajustado – Gestantes</i> .....	181
2.5.2.1.4 <i>Ponto de Corte – Gestantes</i> .....	182
2.5.2.2 Resultados – Mulheres no Pós-parto .....	185
2.5.2.2.1 <i>Análise Empírica – Mulheres no Pós-parto</i> .....	188
2.5.2.2.2 <i>Análise Psicométrica – Mulheres no Pós-parto</i> .....	193
A) <i>Análise Fatorial Exploratória – Mulheres no Pós-parto</i> .....	193
B) <i>Análise Fatorial Confirmatória – Mulheres no Pós-parto</i> .....	197
C) <i>Outros indicadores de validade de construto</i> .....	201
2.5.2.2.3 <i>Análise empírica após modelo final ajustado – Mulheres no</i> <i>Pós-parto</i> .....	204
2.5.2.2.4 <i>Ponto de Corte – Mulheres no Pós-parto</i> .....	205
<b>2.5.3 Discussão</b> .....	208
<b>CAPÍTULO 3: DISCUSSÃO GERAL</b> .....	214
<b>CAPÍTULO 4: CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	219
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	220
<b>ANEXOS</b> .....	236

## INTRODUÇÃO

A imagem corporal é um fenômeno complexo e multifacetado (Cash & Smolak, 2011). É entendida como a representação mental do próprio corpo e é influenciada por aspectos fisiológicos, sociológicos e libidinais (Schilder, 1999). Seu desenvolvimento pode ocorrer tanto em uma direção positiva quanto negativa (Cash & Smolak, 2011; Tylka & Wood-Barcarlow, 2015a). Todavia, tendo em vista o entendimento, a prevenção e o tratamento da imagem corporal negativa, como por exemplo, os transtornos alimentares, a imagem corporal tem sido o foco de diferentes pesquisas (Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcarlow, 2015a).

A psicologia positiva oferece embasamento para orientar o estudo da imagem corporal positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Tylka, 2011). Nessa perspectiva, remover as características negativas/mal adaptativas não assegura o desenvolvimento de atributos positivos/adaptativos (Hutz, 2014; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). De maneira semelhante, desconstruir a imagem corporal negativa de um sujeito não vai estabelecer, automaticamente, uma imagem corporal positiva (Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcarlow, 2015a; Webb, Wood-Barcarlow, & Tilka, 2015). Assim, estas autoras aconselham o estudo e a promoção do aspecto positivo deste construto a fim de melhor compreensão sobre o processo de construção da imagem corporal.

A autoaceitação é um importante meio de desenvolvimento da imagem corporal positiva, já que envolve atitudes positivas do indivíduo com relação a múltiplos aspectos de si mesmo, incluindo características boas e/ou ruins (Morgado, Campana, & Tavares, 2014a; Tylka, 2011; Williams & Lynn, 2011). Ela permite que um indivíduo avalie adequadamente suas características eficientes e ineficientes, aceite quaisquer aspectos que considere negativos e valorize aqueles positivos (Morgado et al., 2014a; Williams & Lynn, 2011). Aceitação e apreciação de si mesmo, sentimento de igualdade em relação às outras pessoas (nem melhor e nem pior), relaxamento quanto às opiniões negativas de outros indivíduos e entendimento e respeito às próprias limitações são características de um quadro de autoaceitação.

É válido ressaltar que três atitudes principais são marcadamente inerentes à autoaceitação, a saber: aceitação corporal, autoproteção de mensagens negativas e valorização das capacidades pessoais (Morgado et al., 2014a). Ou seja, estar confortável com o próprio

corpo, mesmo com as suas imperfeições, filtrar informações advindas do ambiente e destacar a funcionalidade corporal caracterizam atitudes de um indivíduo que aceita a si mesmo, bem como representam um panorama de imagem corporal positiva. Logo, a autoaceitação tem sido considerada um mecanismo psicológico importante para desenvolver a imagem corporal em um caminho saudável (Morgado, 2013; Morgado et al., 2014a; Potocka, Turczyn-Jabłońska, & Kieć-Swierczyńska, 2008; Wood-Barcalow, Tylka, & Augustus-Horvath, 2010).

A gravidez e o pós-parto acarretam mudanças biopsicossociais consideráveis em um curto período de tempo na vida da mulher (Meireles, Neves, Carvalho, & Ferreira, 2015a; Walker, Gao, & Xie, 2015; Watson, Fuller-Tyszkiewicz, Broadbent, & Skouteris, 2015). Quanto às alterações físicas, por exemplo, ao longo da gestação, a maioria das modificações corporais é parte natural deste processo, pois tem como objetivo proporcionar condições para o adequado crescimento e desenvolvimento fetal em equilíbrio com o organismo da mãe (Brasil, 2012). Ao contrário, durante o período do pós-parto, as transformações físicas ocorrem devido às manifestações involutivas e de recuperação do organismo materno ocorridas na gestação e no parto (Brasil, 2012; Montenegro, 2008). No campo psíquico, também se observa um turbilhão de sentimentos e pensamentos, por vezes, contraditórios (Clark, Skouteris, Wertheim, Paxton, & Milgrom, 2009a; Skouteris, 2011; Walker et al., 2015). Quanto ao aspecto social, a mulher pode passar por reajustamentos nas interações e nos relacionamentos com os outros e pela adaptação de um novo papel: recém-mãe ou mãe de mais um filho (Brasil, 2012; Skouteris, 2011). Devido às implicações que esses períodos têm na vida da mulher, um quadro de autoaceitação pode contribuir para o bem-estar psicológico.

Alguns estudos avaliaram a autoaceitação em gestantes e mulheres no pós-parto e seus achados merecem destaque. Bailey e Hailey (1986) verificaram que baixos níveis de autoaceitação podem causar maior preocupação e problemas para as mulheres que vivenciam as mudanças gestacionais, impactando em um comportamento mais dependente. Student (1977) concluiu que mulheres com baixa autoaceitação possuíam alto grau de dificuldade adaptativa no pós-parto. Solivan, Wallace, Kaplan e Harville (2015) apontaram que as mães avaliadas demonstraram altos níveis de autoeficácia e de autoaceitação, principalmente devido a fatores internos e recursos externos, como apoio da família e do parceiro durante a gravidez. Nos achados de Dimitrovsky, Lev e Itskowitz (1998), as mulheres com maior autoaceitação geral foram menos deprimidas do que aquelas com baixa autoaceitação geral, bem como elas se

classificaram com autoaceitação materna maior quando comparadas à autoaceitação geral no período gestacional e no pós-parto.

Salienta-se, no entanto, que os achados acima não são generalizáveis. Ademais, os estudos quantitativos utilizaram instrumentos validados para outras populações, por exemplo, de jovens adultos e não apresentaram propriedades psicométricas documentadas para a amostra de gestantes e mulheres no pós-parto. Assim, podem não refletir as preocupações específicas desses momentos (Meireles et al., 2015a). Vale ressaltar que os pesquisadores devem levar em consideração o valor científico das pesquisas, o qual está diretamente relacionado com a qualidade dos instrumentos de medidas utilizados (Cash, 2011a). Ou seja, a escolha do instrumento mais apropriado para atingir os objetivos traçados é fundamental para alcançar maior qualidade na pesquisa.

Além disso, estudiosos apontam para a importância da criação e adaptação transcultural de ferramentas, considerando a realidade da população e, garantindo, assim, que as informações coletadas expressem o que se deseja mensurar (Cash, 2011a; Morgado, Campana, Fortes, Ferreira, & Tavares, 2014b; Thompson, 2004). Cash (2011a) ainda acrescenta que, no caso da inexistência de instrumentos adequados para a população alvo, a criação é a melhor maneira de solucionar tal impasse.

A escassez de opções metodológicas válidas para avaliar a autoaceitação de gestantes e de mulheres no pós-parto dificulta o avanço de estudos nessa área e, conseqüentemente, limita propostas de intervenções que beneficiariam esse público. Além disso, é de extrema importância que a mulher aceite sua nova condição e as mudanças que a gestação e o pós-parto trazem em sua vida, tanto nos aspectos corporais, quanto com relação a suas funções e relacionamentos com as pessoas próximas. Isso pode impactar positivamente tanto na saúde da mãe quanto na do bebê. Sendo assim, o desenvolvimento de uma ferramenta adequada de avaliação da autoaceitação para o período gestacional e pós-parto é claramente justificado.

Nesse sentido, a presente tese visa preencher esta lacuna do conhecimento, na medida em que busca o desenvolvimento e avaliação psicométrica de instrumentos avaliativos da autoaceitação de gestantes e mulheres no pós-parto. Tem-se como hipótese principal que as novas escalas serão sensíveis à avaliação da autoaceitação durante a gestação e o período compreendido entre o nascimento e o sexto mês do pós-parto.

A presente tese apresenta-se dividida em quatro capítulos. O primeiro, chamado de referencial teórico, embasa a pesquisa como um todo. Nele serão apresentados os conceitos-chave envolvidos na mesma (imagem corporal e sua perspectiva positiva, autoaceitação, instrumentos avaliativos e estudos desenvolvidos na área), bem como a perspectiva teórica no processo de desenvolvimento e validação de uma nova escala. O segundo capítulo contempla o desenvolvimento da pesquisa, desde a geração dos itens (primeira etapa), seguido pela análise teórica dos itens (segunda etapa) e, finalizando na análise empírica e psicométrica dos dados (terceira e quartas etapas). Para cada etapa, os métodos (participantes, procedimentos de coleta de dados e análise dos dados), os resultados e as discussões são apresentados detalhadamente de acordo com as respectivas características da etapa, sendo que os resultados da etapa anterior influenciaram a fase seguinte. O terceiro e quarto capítulos tratam da discussão geral e das considerações finais, respectivamente, advindas da presente tese.

## **OBJETIVO**

### **OBJETIVO GERAL**

Desenvolver e avaliar as qualidades psicométricas de duas escalas avaliativas da autoaceitação para brasileiras gestantes e no pós-parto.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

a) Compor um conjunto inicial de itens para fazer parte de escalas avaliativas da autoaceitação de gestantes e mulheres no pós-parto, bem como desenvolver as informações gerais das mesmas.

b) Investigar a validade de conteúdo dos itens por meio de julgamento de peritos, gestantes e mulheres no pós-parto.

c) Examinar os indicadores de validade de construto e de confiabilidade das novas escalas.



## HIPÓTESES

### HIPÓTESE GERAL

As novas escalas avaliativas da autoaceitação para brasileiras gestantes e no pós-parto são válidas e confiáveis.

### HIPÓTESES ESPECÍFICAS

- a) O conjunto de itens e as informações gerais das escalas são adequados.
- b) As escalas possuem validade de conteúdo atestada por peritos, gestantes e mulheres no pós-parto.
- c) As novas escalas são válidas e confiáveis.

## CAPÍTULO 1: REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta o referencial teórico que embasa a presente pesquisa. Inicialmente, são apresentados os aspectos psicossociais que envolvem o período gestacional e o pós-parto. Em seguida, são abordados os conceitos, as formas de avaliação e os achados da literatura científica para gestantes e mulheres no pós-parto, com relação à imagem corporal e à autoaceitação. Esta parte é fundamental para esta tese, a fim de entender os conceitos e o estado da arte atual neste campo. O principal objetivo dessa seção é justificar a importância de se estudar estes construtos neste público, bem como entender os motivos de se desenvolver um instrumento avaliativo nesta área.

No tópico seguinte, os fundamentos teóricos do desenvolvimento e validação psicométrica de escalas psicológicas são expostos. Esta descrição foi dividida em quatro fases, a saber: “Primeira etapa: Geração dos itens”; “Segunda etapa: Análise teórica dos itens”; “Terceira etapa: Análise empírica dos dados”; e “Quarta etapa: Análise psicométrica”. Especialmente nesta parte, objetivou-se clarificar a importância do rigor metodológico neste percurso.

### 1.1 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA GESTAÇÃO E DO PÓS-PARTO

A gravidez é um período único na vida da mulher. Independente do número de gestações que ela tenha vivenciado, é sempre um momento singular. Na lacuna do tempo, desde a suspeita de estar esperando uma nova vida até depois do nascimento, há mudanças biopsicossociais consideráveis. Esta é uma fase do processo normal do desenvolvimento humano (Papalia & Feldman, 2013), a qual implica a necessidade de reestruturação em várias dimensões. Assim como os períodos da adolescência e do climatério, a gravidez é considerada uma fase de transição no ciclo vital da mulher que espera por um bebê. Não quer dizer que tais reajustamentos terminam com o parto. O puerpério – período até 42 dias após o parto (Brasil, 2012) - e os meses subsequentes são considerados como a continuação desta transformação.

Esses estágios acarretam diversas mudanças físicas, hormonais, psíquicas e sociais na vida da mulher (Brasil, 2012; Gadit, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), Durante todo o período gestacional e, inclusive, após o parto, a atenção à mulher deve ser realizada de forma integral. Assim, os aspectos físico, emocional e social devem ser levados em consideração de forma indissociável. Devido à complexidade deste momento, considerar apenas as questões físicas não é suficiente (Meireles et al., 2015a; Sarmiento & Setúbal, 2003). Alguns dos sintomas físicos manifestados pela gestante podem estar encobrendo questões emocionais, ansiedades e medos que, muitas vezes, não são percebidos por ela mesma (Brasil, 2012). Nesse sentido, os sentimentos, o ambiente em que vive, a rede de apoio dessa mulher, por exemplo, não podem deixar de ser ponderados (Sarmiento & Setúbal, 2003). Para o bem-estar global da mãe e, conseqüentemente, do bebê, é necessária a compreensão, inclusive, das demandas psicoafetivas que envolvem essa etapa.

Ao longo da gravidez, muitos hormônios entram em ação, os quais são responsáveis em grande parte pelas alterações emocionais (Montenegro, 2008). Irritabilidade e/ou emotividade excessiva podem marcar esse período (Segato, Andrade, Vasconcellos, Matias, & Rolim, 2009). A maioria das gestantes demonstra-se muito sensível, necessitando de maior atenção das pessoas ao seu redor. Além disso, pode ser que a assimilação psicológica aconteça posteriormente às mudanças físicas e orgânicas (Brasil, 2005). O afeto oferecido é importante para que ela se sinta mais segura e feliz com a gestação (Brasil, 2012; Maldonado, 1986).

Nesse período, a mulher passa por reorganizações interpessoais e intrapsíquicas (Sarmiento & Setúbal, 2003). Nesse sentido, ela tem que assumir o papel de mãe, além daqueles anteriormente concebidos (como filha e esposa) (Segato et al., 2009). No caso de mães que já têm outro(s) filho(s), também há a exigência de adaptações com a chegada de mais um (Brasil, 2012; Piccinini, Lopes, Gomes, & De Nardi, 2008; Segato et al., 2009). Somado a isso, se por um lado a gravidez pode auxiliar na maior integração e no aprofundamento do relacionamento do casal, por outro pode despertar ciúmes, sensação de abandono por parte do(a) parceiro(a) e até provocar rupturas no relacionamento (Brasil, 2012; Maldonado, 1986).

Entre os fatores que podem afetar a saúde mental da grávida estão, ainda, as preocupações acerca de doenças que podem causar má formações no feto. Recentemente, destaca-se: o Zika vírus (Meireles, Neves, Morgado, & Ferreira, 2017a). Essa é uma questão

atual de amplo impacto para população mundial, sobretudo para o Brasil, considerado o epicentro da situação (Brasil, 2016a). Atualmente, a relação causal entre a infecção do Zika vírus durante a gestação e a microcefalia (desenvolvimento anormal do cérebro) está comprovada (Rasmussen, Jamieson, Honein, & Petersen, 2016). As vacinas para prevenção e tratamentos para a infecção ainda estão em fase de teste (Sáfadi & Nascimento-Carvalho, 2017). Por isso, a Organização Mundial de Saúde incentiva esforços para controlar a propagação do vírus e divulga orientações para a proteção da população, especialmente das grávidas (Brasil, 2016b). É recomendado que elas utilizem camisas de mangas compridas, calças compridas e repelentes próprios para gestantes (Hennessey, Fischer, & Staples, 2016; Higgs, 2016; Schuler-Faccini et al., 2016). Foi também indicado que reconsiderem ou, até mesmo, evitem viagens para locais onde o número de incidência do vírus esteja elevado (Chen & Hamer, 2016; Hennessey et al., 2016; Higgs, 2016; Petersen et al., 2016; Torjesen, 2016). As consequências do Zika vírus já levaram vários países a recomendar que as mulheres adiem a gravidez (Higgs, 2016).

Destaca-se ainda que 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, 2012; DiLeo, 2006). Assim, na gestação de alto risco, a saúde da mãe e/ou do feto pode estar mais comprometida (Gomes, Donelli, Piccinini, & Lopes, 2008). Existem fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação, os quais podem estar relacionados às características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis. Como exemplos, pode-se citar idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos, anormalidades nos órgãos reprodutivos, dependência de drogas e história reprodutiva anterior, como abortamento e esterilidade/infertilidade. Soma-se ainda às condições clínicas preexistentes, que incluem a presença de hipertensão arterial, cardiopatias, obesidade e endocrinopatias (Brasil, 2012; Dodd, Grivell, Crowther, & Robinson, 2010; Nelson, Matthews, & Poston, 2010). Assim, 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 ditas “normais” (Brasil, 2012; Gadit, 2016).

Outro fator que pode ser motivo de preocupação para as mulheres, neste período, é a condição socioeconômica (Brasil, 2012). Na sociedade atual, o sexo feminino também atua no mercado de trabalho, contribuindo com a renda familiar. O fato de ter um filho pode representar uma nova fase de vida, contribuindo e proporcionando um desenvolvimento pessoal e emocional

(Giaretta & Fagundez, 2015; Merighi, Gonçalves, & Rodrigues, 2006). É certo que essa mudança irá impactar tanto o aspecto pessoal quanto o profissional e financeiro familiar. Estas questões, se não forem planejadas, podem gerar apreensão e medo, o que dificulta a sensação de gratificação com a gravidez (Brasil, 2012; Maldonado, 1986).

Embora uma gravidez possa ser desejada, do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada (Brasil, 2012). Apesar dos vários métodos contraceptivos e do acesso à informação, muitas vezes, uma gestação 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 acontece, requer assistência necessária à gestante para que ela possa lidar da melhor maneira possível com essa nova fase.

Nesse sentido, o chamado pré-natal é a assistência médica prestada à gestante, o qual cuida tanto da saúde da mãe quanto do bebê (Bento, 2009). Esse atendimento monitora o desenvolvimento fetal, prepara para o parto e também pode diagnosticar precocemente eventuais complicações (Brasil, 2005). Assim, constitui um importante instrumento na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil (Brasil, 2012). Ademais, as consultas servem não só para garantir o bom andamento da gestação, como também favorecem uma tranquilidade à mãe, pois se tornam um momento de tirar dúvidas, de falar dos sentimentos e de como lidar com as mudanças que não param de acontecer (Bento, 2009; Sarmiento & Setúbal, 2003).

Esse acompanhamento deve ocorrer durante toda a gestação. Esta é comumente dividida em três períodos: primeiro (até a 12ª semana), segundo (da 13ª a 25ª semana) e terceiro trimestre (da 26ª semana em diante). Ademais, uma consulta de controle também deve ser agendada até 42 dias após o parto (Brasil, 2012). Em cada período é solicitado uma série de exames peculiares do momento vivido a fim de acompanhar a saúde física da mãe e do bebê. De maneira similar, cada uma das etapas podem apresentar demandas específicas que afetam a saúde mental da mulher naquele determinado momento (Sarmiento & Setúbal, 2003).

O primeiro trimestre costuma ser o mais difícil para as futuras mães, pois é um período de adaptação a muitas novidades e, às vezes, de sentimentos contraditórios. Toda gestação é peculiar, já que momentos de vida diferentes podem influenciar em sentimentos distintos. Além disso, é comum a grávida apresentar emoções ambivalentes (querer e não querer a gravidez)

(Brasil, 2012; Sarmiento & Setúbal, 2003). Uma vez que muito pouco pode ser observado a olho nu e que o feto não é concretamente sentido, ansiedades e dúvidas sobre estar ou não grávida são naturais. Nesta etapa, o corpo começa a se adaptar ao novo morador e, por isso, algumas alterações podem ser desconfortáveis, como náuseas, vômitos, sonolência, alterações na mama e cansaço (Brasil, 2012; Kamysheva, Skouteris, Wertheim, Paxton, & Milgrom, 2008; Sarmiento & Setúbal, 2003; Skouteris, 2011).

Geralmente, é no primeiro trimestre que a mulher anuncia ao(à) parceiro(a), aos membros da família e amigos a gravidez, o que vai repercutir de acordo com o contexto vivido. Além disso, o medo de aborto é uma preocupação real, já que um objeto estranho está se instalando no corpo e pode ser que haja uma rejeição (Brasil, 2005; Brasil, 2012; DiLeo, 2006; Sarmiento & Setúbal, 2003). São frequentes os desejos ou aversões por determinados alimentos e o aumento do apetite (Brasil, 2012). De acordo com Ministério da Saúde (Brasil, 2012), ao final deste trimestre, é possível que evidenciem-se características de introspecção e passividade, que tendem a aumentar no decorrer da gravidez.

O segundo trimestre é considerado o mais estável do ponto de vista emocional (Brasil, 2012). Na maioria dos casos, a barriga já se torna visível e a gravidez passa a ser nítida aos olhos de quem observa a mãe (Bento, 2009; Brasil, 2012). A gestante se identifica mais com a gestação já que as mudanças corporais são concretas e visíveis (Baião & Deslandes, 2008; Brasil, 2012). Neste período, alterações do desejo e do desempenho sexual tendem a surgir com maior intensidade (Brasil, 2012; Sarmiento & Setúbal, 2003).

É nessa etapa que a grávida começa a perceber os movimentos fetais, o que, em geral, causa muita alegria, já que a presença do bebê é concretamente sentida (Brasil, 2005; Brasil, 2012; Sarmiento & Setúbal, 2003). É natural a mãe se sentir aliviada, já que caso contrário, ela pode ficar temerosa de que algo esteja errado com sua gestação (Brasil, 2012). A partir destes movimentos instalam-se mais decisivamente na grávida os sentimentos de personificação do feto e a formação da relação mãe-bebê. Na fantasia dela, o feto começa a adquirir características peculiares e a se comunicar com ela por intermédio de seus movimentos. O(a) companheiro(a) também pode desejar sentir os movimentos fetais e comunicar-se com o bebê através da barriga da mãe. Neste caso, o filho do casal começa a ser incluído na dinâmica do relacionamento familiar (Brasil, 2012).

No terceiro trimestre, há o aumento das queixas físicas e a diminuição do desejo sexual (Brasil, 2012). Na última fase da gestação, a proximidade do parto e a chegada do bebê são os principais motivos que podem fazer com que a ansiedade da gestante aumente (Brasil, 2005; Sarmiento & Setúbal, 2003). Os temores do parto, o medo da dor, as responsabilidades que chegam junto com o bebê e a mudança da rotina são pensamentos frequentes nessa fase (Brasil, 2012). São comuns muitos sonhos e fantasias e também um sentimento de alívio pela gestação estar chegando ao fim (Murkoff, Eisenberg, & Hathaway, 2012). Algumas mulheres sentem-se mais nostálgicas por acreditarem que sentirão saudade da barriga. Os profissionais que estão cuidando da grávida, bem como o apoio das pessoas próximas podem ajudar na assimilação do momento, além de contribuir para um aumento da tranquilidade e segurança (Bento, 2009; Murkoff et al., 2012).

Diferente do período gestacional que possui seus três momentos bem definidos, o marco da duração do puerpério é aproximado e impreciso, pois varia de acordo com cada mulher (Montenegro, 2008). Em geral, o seu fim é determinado pelo retorno da ovulação e a função reprodutiva da mulher. Naquelas mães que não amamentam, a primeira ovulação poderá ocorrer em menos de dois meses após a chegada do filho. Todavia, naquelas que estão amamentando integralmente, a ovulação poderá demorar retornar por oito a 12 meses após o parto (Montenegro, 2008). Por isso, além de fortalecer o vínculo mãe-bebê e ser um alimento completo para o filho, a amamentação também contribui para o aumento do intervalo entre as gestações (Brasil, 2012).

Montenegro (2008) divide o puerpério em três momentos: imediato (do primeiro ao décimo dia após o parto), tardio (do 11º ao 45º dia após o parto) e remoto (do 46º dia em diante). Todavia, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), o puerpério compreende o período até 42 dias após o parto. Este último é, também, o mais aceito no meio médico.

O sexto mês após o parto pode ser considerado um marco para a vida da mulher. Durante esse período, o corpo está se adaptando e retornando às funções pré-gestacionais (Montenegro, 2008). Segundo este autor, 90% das mulheres ovulam ao fim de seis meses de pós-parto. Somado a isto, outro marco para as mulheres que trabalham fora de casa é o término da licença maternidade. Segundo a Lei 11.770 de nove de setembro de 2008, a qual regulamenta o período de licença maternidade estendida no Brasil (Angher, 2017), a mãe tem direito de ficar 180 dias (seis meses) afastada do trabalho para cuidar do filho. A funcionária receberá o salário integral

durante esses meses, sendo que não poderá exercer nenhuma atividade remunerada ou manter o recém-nascido em creches ou organizações similares (Angher, 2017). Adicionalmente, até os seis meses, é recomendado que o bebê se alimente apenas de leite materno [Organização Mundial da Saúde (OMS), 1991]. Após este período, ele passa a depender, além do leite materno, de outros suplementos. Por isso, tem-se o sexto mês de pós-parto como referência para a mãe. Este será, portanto, o período considerado nesta pesquisa.

Com o nascimento do bebê, pode haver uma mistura de sentimentos, muitas vezes não compartilhada com as pessoas próximas. Autores relatam que existe uma crença popular de que este período é sempre de exclusiva realização e satisfação (Giaretta & Fagundez, 2015; Merighi et al., 2006). Contudo, enquanto algumas mulheres podem se sentir realizadas, em um momento mágico e único, existem aquelas que podem experimentar sensações de vazio, estranheza e vulnerabilidade (Gjerdingen et al., 2009; Merighi et al., 2006).

Neste momento da vida da mulher, são inevitáveis modificações na rotina e no relacionamento familiar (Brasil, 2012). No sistema conjugal, por exemplo, é necessário criar um espaço para o filho, seja ele o primeiro ou não. Vale lembrar que é preciso amparar e dar atenção no caso de existir outros filhos na família, para que os mais velhos não se sintam abandonados ou substituídos (Brasil, 2012). No campo da sexualidade, as alterações são significativas, pois há necessidade de reorganização e redirecionamento do desejo sexual, levando-se em conta as exigências do bebê e as mudanças físicas decorrentes do parto e da amamentação (Brasil, 2012).

No período do pós-parto, muitas vezes as necessidades da mulher são postergadas em função do bebê (Sarmiento & Setúbal, 2003; Walker et al., 2015). Ressalta-se que ela passará por diversas mudanças fisiológicas, as quais terão como objetivo o retorno das funções corporais à situação pré-gravidez. Ademais, apesar de ser uma etapa provisória, caracteriza-se como a de maior vulnerabilidade psíquica (Brasil, 2012; Sarmiento & Setúbal, 2003). Ela poderá sentir a perda do corpo gravídico ou de partes importantes de si mesma, bem como pode também ficar decepcionada com o não retorno imediato ao corpo pré-gravídico (Clark et al., 2009a; Gjerdingen et al., 2009; Patel, Lee, Wheatcroft, Barnes, & Stein, 2005). A limitação de não realizar as mesmas atividades anteriores à gestação, bem como a necessidade de assumir novas tarefas, podem afetar negativamente essa mãe. Ademais, o bebê passa a ser real e não mais idealizado, o que pode gerar frustração, no caso da exacerbação de uma expectativa (Giaretta & Fagundez, 2015; Sarmiento & Setúbal, 2003). No caso de crianças com necessidades especiais,



por exemplo, a frustração, culpa e excesso de zelo são mais frequentes. Somado a isso, ainda pode haver as preocupações direcionadas à amamentação: receio de não atender as necessidades do bebê, apreensão quanto ao aspecto estético dos seios e autocobrança excessiva diante de possíveis dificuldades iniciais no aleitamento (Brasil, 2012; Sarmiento & Setúbal, 2003).

Nesse sentido, a chegada do bebê pode despertar ansiedades e angústias e, por isso, sintomas depressivos podem ser frequentes na mãe (Brasil, 2012; Sarmiento & Setúbal, 2003). Ao longo desses seis meses, a mulher passa por mudanças biológicas, subjetivas, sociais e familiares. Deste modo, os riscos para o aparecimento de sofrimento psíquico aumentam em face das preocupações, dos anseios e dos planejamentos realizados e sentidos pela mãe (Giaretta & Fagundez, 2015). O sofrimento mental pode ser mais brando ou mais grave e depende de diferentes fatores, como por exemplo: contexto socioeconômico, suporte familiar e história de cada mulher (Brasil, 2012).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2012) classifica em três níveis o sofrimento mental puerperal e cada um deles possui alguns sintomas característicos. O primeiro é mais brando e é chamado de tristeza puerperal (ou *baby blues* ou *maternity blues*), o qual atinge de 50 a 80% das mulheres e geralmente tem remissão espontânea em até 10 dias depois do parto. O segundo é denominado depressão puerperal (ou depressão pós-parto), caracterizado como um transtorno psíquico moderado a severo com prevalência de 10 a 15% entre as mulheres no pós-parto. O terceiro e mais severo acomete 0,1 a 0,2% das recém-mães e é nomeado como transtorno psicótico puerperal, no qual a mulher apresenta perturbações mentais graves. Tal aspecto é tão grave que, no caso de mães que chegam a cometer o crime de infanticídio, elas têm a pena diminuída de acordo com o decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940 do Código Penal brasileiro (Angher, 2017), se for comprovado que agiram sob efeito do transtorno psicótico puerperal.

Por fim, um aspecto psicossocial que acompanha grande parte das gestantes e mulheres no pós-parto está associado às alterações corporais. Recentes estudos de revisão apontaram a complexidade das experiências de imagem corporal, indicando controvérsias e inconclusões quando o assunto está relacionado a este construto neste público (Meireles et al., 2015a; Watson et al., 2015). Por um lado, apesar de ser parte natural destas fases, algumas mulheres podem entrar em conflito com seus valores e conceitos de estética, beleza e sensualidade. Elas podem, ainda, sentir medo quanto à irreversibilidade, ou seja, existe a dificuldade de acreditar que as

várias partes do corpo têm a capacidade de voltar ao estado anterior à gravidez (Brasil, 2012). Todas as mudanças físicas podem fazê-las pensar que se tornaram desinteressantes e deselegantes, principalmente aos olhos do(a) parceiro(a) (Bento, 2009; Meireles et al., 2015a; Robertson-Frey, 2005; Skouteris, 2011).

Por outro lado, alguns estudos apontaram que a descoberta da gravidez influencia positivamente na imagem corporal, no sentido de haver um relaxamento da pressão para atingir o corpo ideal durante esta fase (Meireles et al., 2015a; Watson et al., 2015). O aumento das dimensões corporais pode ser aceito nesta etapa e, até mesmo, ser apreciado por algumas mulheres. A gravidez pode encorajá-las a apreciarem a funcionalidade de seu corpo, desencorajando a objetificação (Rubin & Steinberg, 2011). Durante estas fases, pode ser que haja por parte das mães uma priorização da própria saúde e a do feto, que ultrapassa as preocupações estéticas (Meireles et al., 2015a; Watson et al., 2015).

No cuidado à mulher concebido de forma integral, a avaliação da imagem corporal na gestação e no pós-parto é recomendada a fim de que elas tenham assistência disponível enquanto lidam com as mudanças corporais típicas desses períodos (Meireles et al., 2015a; Skouteris, 2011; Skouteris, Carr, Wertheim, Paxton, & Duncombe, 2005). Segundo Sweeney e Fingerhut (2013), a imagem corporal pode ser um alvo importante para os programas de prevenção e tratamento da depressão pós-parto. Além disso, é válido ressaltar que a promoção de uma imagem corporal saudável pode ser uma estratégia não farmacológica que oferece fatores de proteção contra patologias psicológicas na gravidez, puerpério e os meses subsequentes (Rauff & Downs, 2011).

Diante do exposto, a gestação e o pós-parto podem ser eventos estressantes para a mulher, devido às mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Contudo, todo esse período passageiro deve ser vivido de forma positiva. A equipe multiprofissional de saúde tem papel importante no atendimento à mulher. Sabe-se que o aspecto clínico é insubstituível e de suma importância para a saúde física da mãe e do bebê. Entretanto, acredita-se que é necessário, também, fornecer suporte, esclarecer dúvidas, escutar os anseios, apoiar e observar atentamente a mãe tendo em vista seu bem-estar psicossocial e, conseqüentemente, o do bebê. Instrumentos avaliativos específicos para este público podem servir de suporte em ações de orientação psicológica, prevenção de psicopatologias e promoção da saúde, refletindo na melhora do bem-estar materno e infantil.

## 1.2 IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal tem sido foco de diversos estudos atualmente (Ferreira, Castro, & Morgado, 2014; Laus et al., 2014; Neves, Morgado, & Tavares, 2015). No Brasil, houve aumento no número de pesquisas investigando este construto, de acordo com Neves et al. (2015), principalmente na última década. Os livros e os artigos publicados, tanto em revistas brasileiras quanto em periódicos estrangeiros, abordam o tema em diferentes idades (desde crianças a idosos), discutem populações específicas (inclusive atletas, homens e/ou mulheres, por exemplo) e compreendem uma variedade de assuntos (como transtornos alimentares, sintomas depressivos, entre outros) (Ferreira et al., 2014). São investigações com abordagens diversas, sejam elas qualitativas ou quantitativas, transversais ou longitudinais, que têm como objetivo entender cada vez mais, e em profundidade, esse construto complexo chamado de imagem corporal.

Apesar deste vertiginoso crescimento recente, a história da imagem corporal tem início na virada do século XX (Cash & Smolak, 2011; Turtelli, Tavares, & Duarte, 2002). De acordo com estes autores, os estudos tiveram início com o interesse em investigar distúrbios na percepção corporal dos pacientes com lesões cerebrais. De diversas perspectivas, cientistas comportamentais, médicos e filósofos teorizaram sobre a natureza e o significado da imagem corporal (Cash & Smolak, 2011). Um marco importante no percurso histórico deste construto foi a publicação do livro de Paul Schilder, em 1935, intitulado “Imagem do corpo: as energias construtivas da psique”, ainda hoje referência no assunto.

Uma definição de imagem corporal muito utilizada pelos pesquisadores contemporâneos é a desenvolvida por este autor: “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” (Schilder, 1999, p. 11). Segundo ele, aspectos fisiológicos, sociológicos e libidinais estão relacionados à imagem do próprio corpo. Trata-se, então, de um fenômeno complexo, construído e estruturado em um contato contínuo com o mundo e que ultrapassa os limites do corpo (Schilder, 1999). Nesse sentido, é um construto que está em constante alteração, podendo ser influenciado por diversos fatores, tais como: sexo, idade, meios de comunicação e valores inseridos em uma cultura (Cash & Smolak, 2011; Ferreira et al., 2014; Gleeson & Frith, 2006).

Slade (1994) acrescenta que a imagem corporal compreende a percepção que cada um possui do tamanho, da forma e do contorno do próprio corpo, como também os sentimentos em relação a essas características e as partes que o constituem. Desta forma, trata-se de um construto multidimensional, de construção atitudinal, emocional e de interação social (Cash & Pruzinsky, 2002). Atualmente, os pesquisadores têm concordado que o fenômeno da imagem corporal é composto por duas grandes dimensões: a perceptiva e a atitudinal (Cash & Pruzinsky, 2002; Cash & Smolak, 2011; Ferreira et al., 2014; Laus et al., 2014).

A primeira – dimensão perceptiva – 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. Para avaliá-la, os pesquisadores têm utilizado ferramentas que busquem avaliar distorção ou não da imagem do corpo do próprio sujeito investigado, como fotos e filmagens (Gardner, 2011).

A segunda – dimensão atitudinal – diz respeito aos 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). Salienta-se que, de acordo com Neves et al. (2015), os instrumentos mais coerentes para a avaliação desta dimensão são as escalas atitudinais, as escala de figuras e/ou entrevistas estruturadas.

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, caracterizada por ações como: 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 o componente da imagem corporal que está relacionado ao investimento na aparência física, ou seja, atitudes com o objetivo de manutenção

e/ou melhora no aspecto físico como principal critério de autoavaliação. Estudos 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 (Amaral, Conti, Ferreira, & Meireles, 2015; Amaral, Ribeiro, Conti, Ferreira, & Ferreira, 2013; Cash & Pruzinsky, 2002).

Por fim, o componente afetivo inclui emoções pessoais direcionadas 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). Apesar disso, Laus et al. (2014) apontaram que os estudiosos brasileiros têm concentrado seus esforços na avaliação de aspectos relacionados à satisfação global, sendo esta a parte do componente afetivo mais avaliada, quando comparada à dimensão perceptiva e aos componentes cognitivo e comportamental.

De acordo com Cash (2011a), o pesquisador interessado em estudar a imagem corporal precisa ter clareza sobre o que ele quer dizer com este termo. Nesse sentido, para Thompson (2004), é essencial que o pesquisador seja específico na dimensão do construto que se deseja investigar, bem como utilize uma ferramenta adequada para a avaliação da mesma. Além disso, é necessária uma compreensão teórica muito bem estabelecida sobre esse tema (Neves et al., 2015). Como se trata de um construto multidimensional, existem várias perspectivas para entender a imagem corporal (Laus et al., 2014). Segundo Cash e Smolak (2011), seis diferentes perspectivas teóricas têm contribuído significativamente para o estudo da imagem corporal, são elas: 1) sociocultural, 2) evolucionista, 3) genética e neurocientífica, 4) feminista, 5) cognitiva-comportamental e 6) positiva.

A primeira delas – perspectiva sociocultural – é uma das mais utilizadas pelos estudiosos da área em imagem corporal (Thompson, Heinberg, Altabe, & Tuntleff-Dunn, 1999; Tiggemann, 2011). Pesquisadores adeptos desta perspectiva acreditam que existem ideais sociais de beleza particulares de cada cultura, os quais são transmitidos por canais de comunicação (pais, amigos e mídia) e internalizados pelos indivíduos. Na sociedade ocidental atual, o desejo corporal feminino está direcionado à magreza, enquanto o masculino, para a muscularidade (Swami et al., 2010; Tiggemann, 2011). Para atingir o corpo idealizado, homens e mulheres podem alterar seus comportamentos alimentares e suas práticas de atividade física. Na medida em que não atingem a

meta estipulada, uma possível consequência é a insatisfação corporal, a qual pode resultar em psicopatologias, como os transtornos alimentares (Amaral, Carvalho, & Ferreira, 2014; Cash & Smolak, 2011).

A perspectiva evolucionista da imagem corporal tem como base a Teoria de Seleção Natural de Charles Darwin. Estudiosos que baseiam suas pesquisas nesta perspectiva acreditam que comportamentos humanos estão relacionados com a aparência e a atratividade (Murnen, Poinssatte, Huntsman, Goldfarb, & Glaser, 2015; Swami, 2011). Assim, é sugerido que algumas características são percebidas e utilizadas pelos indivíduos para avaliar a atratividade, aumentando as chances de sucesso reprodutivo (Swami & Tovée; 2005; 2006; Tovée, Swami, Furnham, & Mangalparsad, 2006). Alguns componentes do rosto (como a simetria facial) e do corpo (como a relação cintura quadril), do mesmo modo que comportamentos humanos (por exemplo, humor, habilidade musical e criatividade verbal), são adaptações que evoluíram através da seleção sexual (Swami, 2011). A combinação da perspectiva evolutiva e da sociocultural pode resultar em uma descrição mais abrangente da imagem corporal (Swami, 2011).

A terceira é denominada perspectiva genética e neurocientífica. Estudos genéticos têm sido conduzidos para identificar fatores relacionados à maior suscetibilidade à imagem corporal negativa. Da mesma forma, técnicas de neuroimagem estão sendo aplicadas para explorar áreas específicas do cérebro que podem implicar em tais distúrbios (Laus et al., 2014). Os defensores acreditam que o genótipo do indivíduo deve ser investigado, já que se apenas os fatores ambientais fossem responsáveis pelo desencadeamento de problemas relacionados à imagem corporal, todos os sujeitos expostos a estes deveriam apresentar a mesma adversidade (Suisman & Klump, 2011). Estas autoras entendem que as influências genéticas e biológicas provavelmente colocam certos indivíduos em maior risco de distúrbios de imagem corporal diante do risco psicossocial. Assim, acredita-se que existe a necessidade de combinar estudos genéticos e neurocientíficos aos psicossociais a fim de ampliar o entendimento sobre a imagem corporal (Klump et al., 2010; Suisman & Klump, 2011).

A perspectiva feminista aborda questões relativas às mulheres e suas experiências corporais. Sob o olhar dos adeptos desta base teórica, a insatisfação corporal no sexo feminino não é função de uma patologia individual, mas um fenômeno social sistêmico (Kinsaul, Curtin, Bazzini, & Martz; 2014; McKinley, 2011). Esta perspectiva se baseia na Teoria da Objetificação, a qual, de maneira geral, consiste no ato de tratar uma pessoa como mercadoria ou objeto

(Fredrickson & Roberts, 1997). Nesse sentido, a respeito da imagem corporal, a perspectiva tem voltado sua atenção para a Objetificação Sexual, ou seja, o corpo tratado apenas como instrumento de prazer sexual. O feminismo, por meio da promoção da avaliação crítica dos imperativos sociais e do encorajamento das mulheres a questionar as normas de aparência física, segundo alguns autores, pode prevenir as mulheres no que se refere à imagem corporal negativa e à alimentação inadequada (Kinsaul et al., 2014; McKinley, 2011; Peterson, Tantleff-Dunn, & Bedwell, 2006).

A quinta perspectiva – cognitiva-comportamental – entende que a imagem corporal não é um fenômeno singular, mas que compreende diversas variáveis inter-relacionadas. Dessa forma, de acordo com Cash (2011b), esse construto complexo deve ser analisado a partir de fontes de influências históricas e proximais. A primeira engloba eventos passados que influenciam a maneira que o indivíduo pensa e se comporta em relação ao corpo, como por exemplo: a socialização e a cultura do indivíduo, as experiências interpessoais, as características e mudanças físicas e os traços de personalidade. A segunda é representada por situações do cotidiano, as quais podem ser precursoras ou mantenedoras de influências para a imagem corporal, tais como: processamento de informação, diálogos internos, avaliação e investimento direcionados ao corpo, processos cognitivos (pensamentos, interpretações e conclusões) e as ações autorregulatórias. Sobre esta perspectiva é válido ressaltar, ainda, que a maioria das pesquisas contemporâneas emanam dela, direta ou indiretamente, e que esta tem contribuído para o entendimento de psicopatologias, como os transtornos alimentares e transtornos dismórficos corporais (Cash, 2011b; Jarry & Ip, 2005). Porém, a atenção tem sido direcionada principalmente para os aspectos negativos da imagem corporal.

Cash (2011a) argumenta que um importante contributo para a área seria o entendimento não só dos aspectos negativos, mas também dos aspectos positivos da imagem corporal, o que ainda é pouco investigado por pesquisadores da área. Como a perspectiva positiva é a teoria que embasa a presente tese, ela será discutida com maior profundidade no próximo tópico.

### 1.2.1 Imagem corporal positiva

Os estudos psicológicos, com frequência, dão destaque à doença mental, à compreensão e ao auxílio às pessoas que estão vivenciando situações difíceis ou tragédias. Desde a Segunda Guerra Mundial, o foco da psicologia tem sido curar e reparar os danos (Pacico & Bastianello, 2014; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Esse olhar, quase exclusivamente curativo, fez com que a atenção para os aspectos positivos, que também fazem parte do sujeito, ficasse reduzida. A psicologia positiva busca uma visão equilibrada e mais completa do funcionamento humano, reajustando o foco para os aspectos saudáveis (Hutz, 2014; Snyder & Lopez, 2009).

A pergunta: “O que há de certo com as pessoas?” está no centro das questões da psicologia positiva (Snyder & Lopez, 2009). Os defensores dessa abordagem não ignoram a dor e o sofrimento humano, mas ressaltam que é válido também levar em consideração as qualidades dos indivíduos (Hutz, 2014). A ciência e a prática da psicologia positiva estão direcionadas para a identificação e a compreensão das virtudes humanas, bem como para o auxílio no sentido de que as pessoas tenham vidas mais felizes e mais produtivas. Assim, há um interesse em saber o que há de bom nas pessoas (Snyder & Lopez, 2009).

Nesse sentido, entende-se que a psicologia não é apenas o estudo da fraqueza e do dano, mas também da qualidade e da virtude. Para um dos autores principais da área, Martin Seligman, tratar não significa apenas consertar o que está com defeito, mas também cultivar o que se tem de melhor (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Para ele, patologizar não é um meio de prevenir os transtornos graves. Nessa linha de pensamento, os grandes avanços na prevenção dos transtornos vieram principalmente da construção de uma ciência voltada à promoção sistemática da competência dos indivíduos (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). Coragem, otimismo, habilidade interpessoal, ética no trabalho, esperança, honestidade e perseverança, por exemplo, são qualidades do ser humano que são prováveis de servirem como escudos contra a doença mental (Hutz, 2014; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Apesar desses registros, ainda são necessárias pesquisas de grande porte sobre as características positivas humanas, bem como profissionais que reconheçam que é preciso ampliar e potencializar as qualidades, ao invés de apenas consertar defeitos das pessoas (Hutz, 2014; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Snyder & Lopez, 2009).



É válido lembrar que a imagem corporal envolve características negativas e positivas (Cash & Pruzinsky, 2002; Tylka, 2011) e é a psicologia positiva que oferece estrutura para orientar o estudo da imagem corporal positiva. Todavia, a teoria, a pesquisa e a intervenção da imagem corporal têm se centrado no entendimento, prevenção e tratamento dos seus aspectos negativos (Tylka, 2011). Segundo Tylka e Wood-Barcalow (2015a), é aconselhável estudar e promover o aspecto positivo deste construto, já que trabalhar para entendê-la na sua dimensão negativa não é suficiente. Nessa perspectiva, levar em consideração ambas as vertentes para uma melhor compreensão sobre o processo de construção da imagem corporal é fundamental.

Tylka e Wood-Barcalow (2015a) defendem que a imagem corporal positiva tem sua definição própria, a qual é distinta da negativa. Em outras palavras, algumas características da imagem corporal positiva são únicas e não são simplesmente o oposto daquelas associadas à negativa. Na teoria da psicologia positiva, remover as características negativas/mal adaptativas não promove características positivas/adaptativas, bem como pode criar uma saúde mental intermediária caracterizada por uma falta de patologia e também uma ausência de vitalidade (Hutz, 2014; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Snyder & Lopez, 2009). A desconstrução da imagem corporal negativa, então, não vai estabelecer automaticamente uma imagem corporal positiva, ou seja, ela não é equivalente a baixa imagem corporal negativa (Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Nessa lógica, a baixa insatisfação corporal, uma menor preocupação corporal e a não discrepância do tamanho do corpo real-ideal, por exemplo, não refletem automaticamente uma imagem corporal positiva (Avalos, Tylka, & Wood-Barcalow, 2005; Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a).

Os autores explicam que a imagem corporal positiva é multifacetada (Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; Webb et al., 2015). Essas facetas incluem: apreciação corporal (valorizar a funcionalidade, a saúde e as características do corpo para além da sua aparência); aceitação e amor com o corpo (apesar de não estar completamente satisfeito, expressar conforto, concentrando-se sobre as funções ativas e evitando meios que alterem a aparência, como cirurgias plásticas); positividade interior (permitir que qualidades interiores, como otimismo, influenciem comportamentos exteriores, como ajuda ao próximo); conceito amplo de beleza (entender como belo a diversidade de pesos, formas e aparências, já que as pessoas podem ser bonitas de várias maneiras); entendimento de mídia (estar consciente das imagens irreais fabricadas pela mídia, filtrando as informações de modo a proteger o corpo); aceitação

incondicional dos outros (sentir-se especial e valorizado por qualidades que extrapolam a aparência); identificar pessoas com imagem corporal positiva (relacionar-se com pessoas que também possuem uma imagem corporal positiva); espiritualidade/religião (respeitar o corpo como ele foi projetado); auto-cuidado com o corpo (realizar atividade prazerosa, buscar assistência médica tendo em vista a prevenção e a reparação, bem como adotar uma alimentação saudável) (Avalos et al., 2005; Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; Webb et al., 2015).

Dessa forma, de acordo com Tylka (2011) e Wood-Barcalow et al. (2010), a imagem corporal positiva reflete o amor e o respeito pelo corpo. Pessoas com estes sentimentos apreciam o modo como seu corpo é único, bem como as funções que ele é capaz de desempenhar. A funcionalidade corporal é valorizada ao invés de imperfeições. O indivíduo possui um esquema cognitivo que ajuda a filtrar as informações ambientais recebidas, sendo que as positivas são internalizadas e as negativas, rejeitadas ou reformuladas. Isso reflete em uma aceitação corporal, o que inclui os aspectos que são inconsistentes com imagens idealizadas e minimiza os defeitos do corpo. Sujeitos que possuem uma imagem corporal positiva se sentem bonitos, confortáveis, confiantes e felizes com os seus próprios corpos. Eles têm uma conexão consciente com o seu corpo, o que lhes permite detectar, entender e responder às necessidades do mesmo (Tylka, 2011; Wood-Barcalow et al., 2010).

Sob esta perspectiva, a imagem corporal positiva é holística, ou seja, suas múltiplas facetas são melhor interpretadas em conjunto e não de forma independente uma da outra (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; Wood-Barcalow et al., 2010). As experiências internas (por exemplo, positividade interior e filtro de proteção) estão interligadas com comportamentos externos, relações interpessoais, comunidade, mídia e cultura (Wood-Barcalow et al., 2010). Percepções, pensamentos, comportamentos e afetos relacionados ao corpo também estão conectados. Assim, para Cook-Cottone (2015), a imagem corporal positiva não é segregada, mas refere-se a uma sintonia. Trata-se de um processo recíproco de influência mútua dentro e entre os sistemas internos (como pensamentos, afeto, fisiologia) e sistemas externos (como, família, comunidade, cultura).

É preciso explicitar que, embora existam aspectos semelhantes, é possível que haja diferenças nas experiências de imagem corporal positiva entre as culturas (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Sentir-se bem com o próprio corpo, aceitá-lo e valorizar suas qualidades

únicas, são características que podem ser experienciadas em todas elas. No entanto, aspectos relacionados à autonomia e ao investimento no corpo, por exemplo, podem ser diferentes. Além disso, alguns termos usados para descrever a imagem corporal positiva, como "respeito do corpo", podem ter significados heterogêneos de acordo com a cultura. Segundo Ng, Barron, e Swami (2015) e Tiggemann (2015), as experiências culturais específicas podem levar a variações na forma como os indivíduos se relacionam com seus corpos.

As investigações de Pope, Corona e Belgrave (2014) e Tiggemann e McCourt (2013) são interessantes, na medida em que verificaram uma distinção conceitual entre a imagem corporal positiva e a insatisfação com o corpo. Na primeira, os achados indicaram que meninas adolescentes afro-americanas, apesar de identificarem imperfeições em seus corpos e desejarem mudá-los, também demonstraram sentimentos positivos sobre seus corpos (Pope et al., 2014). Na segunda, as autoras afirmaram que a imagem corporal positiva e a insatisfação com o corpo não são imagens de espelho um do outro, bem como verificaram que é possível que as mulheres experimentem algum nível de insatisfação corporal, enquanto também apreciam e respeitam o próprio corpo de outras maneiras, especialmente com a idade (Tiggemann & McCourt, 2013). Ademais, elas concluíram que as mulheres mais velhas relataram apreciar seus corpos mais facilmente quando comparadas às mais jovens, devido à valorização das funções corporais, ao invés de se concentrarem apenas na aparência.

Tylka e Wood-Barcalow (2015a) apontam que a imagem corporal positiva é estável e maleável, incluindo qualidades traço e estado. Um estudo enfatizando esses aspectos da imagem corporal positiva avaliou os períodos pré, pós e três meses após um treinamento de meditação e autocompaixão em mulheres adultas com preocupações com a sua imagem corporal (Albertson, Neff, & Dill-Shackleford, 2014). Foi verificado que elas tiveram ganhos na valorização do corpo após a intervenção e os mantiveram na última avaliação. Entende-se, assim, que a imagem corporal positiva pode ser aumentada via intervenção e mantida ao longo do tempo, demonstrando tanto a maleabilidade quanto estabilidade deste construto. Pesquisas longitudinais ainda são necessárias a fim de fornecer maior clareza sobre as qualidades traço e estado (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a).

No estudo de Wood-Barcalow et al. (2010) foi verificado que quando as mulheres processaram informações positivas e rejeitavam a fonte negativa, o investimento corporal diminuiu e a avaliação do corpo tornou-se mais positiva, ilustrando a fluidez da imagem

corporal. Assim, acredita-se que filtros de proteção contra imagens midiáticas, apoio interpessoal, associando-se à pessoas que são orgulhosas de seu próprio corpo, e a internalização de uma definição ampla de beleza possam contribuir para uma imagem corporal positiva (Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Wood-Barcalow et al. (2010) indicam que esta mudança pode contribuir para a melhora da saúde e da qualidade de vida dos sujeitos.

Ademais, uma imagem corporal positiva pode desempenhar um papel benéfico no tratamento de transtornos alimentares, à medida que os pacientes vão além de metas terapêuticas tradicionais para nutrir uma relação saudável com o corpo (Cook-Cottone, 2015; Piran, 2015). Para Tylka (2011), intervenções que promovam a consciência corporal, a funcionalidade do corpo e a aceitação do corpo poderiam ser integradas no tratamento desses transtornos. Nessa perspectiva, estratégias estão sendo desenvolvidas para prevenir o aparecimento de um transtorno alimentar através da promoção de uma imagem corporal positiva (Cook-Cottone, 2015; Piran, 2015; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Alguns programas têm realizado esforços para desenvolver o entendimento de mídia a fim de que os sujeitos construam habilidades para protegerem sua imagem corporal contra ideais midiáticos não realistas (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Outros, ajudam os participantes a desenvolverem uma apreciação pelos próprios corpos por meio de uma consciência corporal (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Existem, ainda, aqueles que, com base na dissonância cognitiva, incluem atividades comportamentais nas quais os envolvidos devem falar ou escrever positivamente a respeito dos seus corpos, incluindo as qualidades físicas, emocionais, intelectuais e sociais (Piran, 2015; Stice, Rohde, & Shaw, 2013; Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a).

Tylka e Wood-Barcalow (2015a) e Webb et al. (2015) acreditam que uma imagem corporal positiva pode promover e aumentar o engajamento em comportamentos relacionados à saúde. Ademais, elas consideram que uma imagem corporal positiva é protetora da saúde física e do bem-estar psicológico. Nesse sentido, há a necessidade de dar suporte para as pessoas apreciarem, respeitarem, celebrarem e honrarem seus corpos (Avalos et al., 2005; Tylka, 2011). Segundo Cash e Smolak (2011), pesquisas sobre a imagem corporal positiva, adaptativa ou saudável são essenciais para o futuro no campo.

Esta é uma área de estudo recente e que precisa de pesquisas adicionais para o entendimento global deste construto (Halliwell, 2015; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Nesse sentido, a imagem corporal positiva é multifacetada, mas ainda não existem ferramentas de

avaliação sobre todas estas facetas, a fim de estudá-las através de pesquisa quantitativa. Ademais, uma imagem corporal positiva é construída de formas diferentes para cada indivíduo, sendo necessárias investigações nas mais diversas populações (Halliwell, 2015; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Halliwell (2015) e Webb et al. (2015) destacam ainda a indispensabilidade de estudos com modelos teóricos nesse campo. Estas caracterizam-se como lacunas do conhecimento e merecem ser trabalhadas.

Existem diferentes formas de entender, pesquisar e avaliar a imagem corporal, tais como: escalas de figuras, entrevistas, questionários e testes perceptivos (Campana & Tavares, 2009; Ferreira et al., 2014; Laus et al., 2014). No entanto, ainda há a necessidade do desenvolvimento de medidas avaliativas da imagem corporal positiva (Piran, 2015; Tiggemann, 2015; Webb et al., 2015).

Estudo de revisão de Webb et al. (2015) reuniu as escalas contemporâneas existentes para a avaliação de aspectos da imagem corporal positiva. As autoras elencaram instrumentos, que verificam as seguintes facetas: apreciação corporal, aceitação racional, flexibilidade da imagem corporal, funcionalidade do corpo, autocuidado, orgulho corporal, conversas positivas a respeito do corpo, santificação do corpo, conceituação ampla da beleza e autopercepção da aceitação do corpo por outros. Sobretudo, a medida mais utilizada na área tem sido a *Body Appreciation Scale* (BAS) desenvolvida por Avalos et al. (2005).

A BAS é um instrumento composto por 13 itens, que visam medir: opiniões favoráveis ao corpo, independentemente da aparência física real; aceitação do corpo apesar de incongruências com ideais de aparência de midiáticos; respeito com o corpo, entendendo a suas necessidades e se engajando em comportamentos saudáveis; e a proteção do corpo, rejeitando ideais aparência irrealistas (Avalos et al., 2005). Sua confiabilidade e validade tem sido considerada adequada para ambos os sexos, de várias etnias e de diferentes regiões geográficas (Tylka, 2011). Inclusive no Brasil, a BAS foi traduzida e teve suas qualidades psicométricas avaliadas para homens e mulheres adultos (Swami et al., 2011), mulheres de meia idade (Caetano, 2011) e idosos acima de 60 anos de ambos os sexos (Ferreira, 2012).

Salienta-se que a BAS não incorpora todos os elementos da imagem corporal positiva (Webb et al., 2015). Por isso, Tylka (2011) sugeriu que novos itens poderiam ser desenvolvidos para avaliar estas outras características a fim de fornecer um parecer mais completo deste construto. Assim, recentemente, houve uma atualização conhecida por BAS-2 (Tylka & Wood-

Barcalow, 2015b). As autoras reformularam alguns itens com intuito de eliminar questões específicas para os sexos e a linguagem baseada na insatisfação corporal, bem como desenvolveram itens a fim de incluir outras facetas da imagem corporal positiva. Tanto a BAS quanto a BAS-2 relacionam-se positivamente, por exemplo, à avaliação favorável da aparência e autoestima, e negativamente à insatisfação corporal e internalização de ideais de aparência social (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b; Webb et al., 2015).

Escalas que examinam a imagem corporal positiva podem facilitar na identificação de maneiras de validar, reforçar e amplificar formas saudáveis de lidar com o corpo durante fases críticas ao longo da vida, que são comumente associadas com mudanças corporais, por exemplo: a puberdade e o início da gravidez (Piran, 2015). Em consonância, Webb et al. (2015) estimulam futuros pesquisadores a se engajarem em projetos de construção e validação de medidas deste construto, a fim de otimizar o estudos em imagem corporal positiva, principalmente em populações pouco estudadas. Dentre estas, são destacados os sujeitos submetidos a tratamento de câncer, aqueles que passaram por cirurgia bariátrica ou transplante de órgãos e, também, mulheres grávidas e no pós-parto (Webb et al., 2015). Para as autoras, transmitir a avaliação positiva da imagem corporal em ambientes médicos, cirúrgicos, de reabilitação e de terapia ocupacional é uma proposta promissora.

### **1.2.2 Imagem corporal em gestantes e mulheres no pós-parto**

Tendo em vista a população de mulheres gestantes e no pós-parto, não foram encontradas medidas que atendam à sugestão de Piran (2015) e Webb et al. (2015). Todavia, a escala elaborada por Rubin e Steinberg (2011) merece ser mencionada. A partir de entrevistas qualitativas com norte-americanas durante a primeira gravidez, foi desenvolvido um instrumento cujo objetivo é avaliar a consciência e a apreciação da funcionalidade corporal de gestantes (Rubin & Steinberg, 2011). São 11 itens divididos em duas subescalas: 1) Consciência Funcional (seis itens; exemplo de questão: “Eu prestei atenção às mudanças nas sensações de meu corpo”) e 2) Apreciação Funcional (cinco itens; exemplo de questão: “Eu fui grata pelo que o meu corpo me permitiu fazer”). Os achados apontam maiores pontuações para a primeira subescala, ou seja,

uma consciência das funções do próprio corpo pode não representar uma apreciação das mesmas. Ademais, ambas as subescalas foram inversamente relacionadas a sintomas depressivos e a comportamentos menos saudáveis durante o pós-parto, bem como não associaram-se ao IMC, como já era o esperado (Rubin & Steinberg, 2011). Assim, as autoras defendem que uma consciência e apreciação funcional no período gravídico pode atenuar ou proteger a gestante de efeitos negativos da vigilância corporal.

É válido citar, também, a *Pregnancy Experience Scale* (DiPietro, Ghera, Costigan, & Hawkins, 2004) e a *Pregnancy Experience Scale – Brief Version* (DiPietro, Christensen, & Costigan, 2008), sendo a segunda (20 itens) uma versão curta da primeira (41 itens). Ambas objetivam avaliar fatores de estresse específicos da gestação, sendo alguns estressores negativos e outros positivos. As escalas apresentam situações que podem causar alegria (como “Sentimentos de estar grávida neste momento” e “Comentários de outras pessoas sobre sua gravidez/aparência”) ou aborrecimentos (como “Dormir o suficiente” e “Capacidade de fazer tarefas físicas/tarefas domésticas”). Ao incluir aspectos positivos, as autoras destacam a falta de atenção que tem sido dada à quantificação de aspectos psicológicos positivos na gestação. Ademais, ressaltam que medir apenas aqueles negativos pode superestimar o sofrimento e não representar corretamente o estado psíquico das mulheres (DiPietro et al., 2004). As versões longa e curta foram consideradas válidas e confiáveis.

No contexto nacional, Meireles et al. (2015a) apontaram a escassez de pesquisas na área. Sob esta justificativa, os autores desenvolveram algumas investigações neste campo, mas levando em consideração o lado negativo do aspecto psicológico das gestantes (Meireles, Neves, Carvalho, & Ferreira, 2015b; Meireles, Neves, Carvalho, & Ferreira, 2016; Meireles, Neves, Carvalho, & Ferreira, 2017b). Salienta-se que, foram utilizados instrumentos validados para a população adulta feminina brasileira. Por isso, os autores apontaram a necessidade da criação de escalas específicas para as gestantes e mulheres no pós-parto.

Quanto à verificação das dimensões psicológicas no pós-parto, muita atenção tem sido dada à depressão. Estudo de Walker et al. (2015) objetivou, através de estudo de revisão sistemática, elencar as escalas psicossociais e comportamentais de autorrelato para americanas no pós-parto nos domínios depressão, imagem corporal, dieta, atividade física, tabagismo e consumo de álcool. No total, foram encontrados 19 instrumentos, sendo que, destes, 17 avaliam depressão. Nenhuma ferramenta foi localizada para os domínios de imagem corporal, tabagismo

ou uso de álcool. Walker et al. (2015) admitem a importância do desenvolvimento de medidas para esse público, tendo em vista que a saúde psicossocial das mulheres no pós-parto pode tanto afetá-las negativamente quanto a seus bebês. Nesse sentido, é reconhecido que escalas podem ajudar a identificar problemas precocemente e que, atualmente, há pouco conhecimento nessa área.

Ao longo do período gestacional e pós-parto, as mulheres podem refletir a respeito da imagem corporal, reavaliando seus valores relacionados à aparência para se adaptarem ao corpo que está em rápida mudança (Clark, Skouteris, Wertheim, Paxton, & Milgrom, 2009b; Meireles et al., 2015a; Skouteris, 2011; Watson et al., 2015). É importante apontar que não há consenso na literatura sobre as alterações da imagem corporal daquelas que estão vivenciando estes momentos (Meireles et al., 2015a; Watson et al., 2015). Pode ser que existam atitudes positivas e/ou negativas, ou seja, melhora da insatisfação corporal ou descontentamento maior com a forma e o peso corporal. Tendo em vista a saúde psicológica da mãe e, conseqüentemente, o bem-estar do bebê, estudos têm sido desenvolvidos no sentido conhecer, explorar e investigar melhor este construto em gestantes e mulheres no pós-parto.

Investigações como as de Clark e Ogden (1999), Loth, Bauer, Wall, Berge e Neumark-Sztainer (2011) e Clark et al. (2009a) verificaram que houve melhora na imagem corporal das mulheres no período gestacional. Os autores explicam que pode ser que haja relaxamento das pressões sociais neste período, bem como redução no desejo de emagrecer. Apesar do ganho de peso, a partir dos achados destes estudos, parece que há propensão de priorizar a própria saúde e a do feto, para além da estética.

Todavia, outras pesquisas sugerem que a insatisfação corporal pode piorar em períodos específicos, como no início da gravidez (Goodwin, Astbury & McMeeken, 2000, Skouteris et al., 2005), no seu intermédio (Clark et al., 2009b, Duncombe, Wertheim, Skouteris, Paxton, & Kelly, 2008), no final (Meireles et al., 2017b; Sweeney & Fingerhut, 2013) ou ainda no pós-parto (Rallis, Skouteris, Wertheim, & Paxton, 2007). Sui, Turnbull e Dodd (2013) encontraram prevalência de insatisfação corporal de 45% entre as gestantes com alto IMC e alta paridade. Nestes casos, a gestação intensificou ou proporcionou uma relação negativa com o corpo. Preocupação com a imagem corporal durante o período gestacional pode ser considerado fator de risco para depressão pós-parto e duração de lactação mais curta, podendo impactar



negativamente na saúde da mãe e do bebê (Sweeney & Fingerhut, 2013; Hauff & Demerath, 2011).

De acordo com Meireles et al. (2015a) e Watson et al. (2015), estas controvérsias encontradas na literatura podem ser justificadas devido às diferentes metodologias utilizadas pelos pesquisadores. Alguns estudos foram transversais e outros longitudinais; tiveram aqueles que fizeram uma coleta de dados retrospectiva ou, ainda, prospectiva. Ademais, muitos utilizaram de instrumentos adaptados de outras populações (como, por exemplo, de jovens adultas) e que ainda não apresentam propriedades psicométricas documentadas para avaliar gestantes e mulheres no pós-parto (Fuller-Tyszkiewicz, Skouteris, Watson, & Hill, 2012; Meireles et al., 2015a; Watson et al., 2015).

Dentre os instrumentos utilizados para a coleta de dados, estão: Escala de Silhuetas de Stunkard (Sui et al., 2013), *Body Image Assessment for Obesity* (Bagheri et al., 2013; Brooten, Youngblut, Golembeski, Magnus, & Hannan, 2012; Mehta, Siega-Riz, & Herring, 2012), *Body Shape Questionnaire* (Clark & Ogden, 1999; Haedt & Keel, 2007; Hauff & Demerath, 2012), *Body Areas Satisfaction Scale* (Downs, DiNallo, & Kirner, 2008; Rauff & Downs 2011), *Body Image Questionnaire* (Kazmierczak & Goodwin, 2011), *Body Attitude Test* (Rocco et al., 2005), *Body Cathexis Scale* (Boscaglia, Skouteris, & Wertheim, 2003; Goodwin et al., 2000; Ruggieri, Milizia, & Romano, 1979) e *Body Satisfaction Scale* (Foster, Slade, & Wilson, 1996). Dentre as ferramentas mais utilizadas destacou-se o *Body Attitudes Questionnaire* (Clark et al., 2009b; Duncombe et al., 2008; Kamysheva et al., 2008; Meireles, Neves, Carvalho, & Ferreira, 2015b; Meireles et al., 2016; Meireles et al., 2017b; Skouteris et al., 2005; Sweeney & Fingerhut, 2013) e, também, a entrevista, como instrumento de investigações qualitativas (Chang, Chao, & Kenney, 2006; Chang, Kenney, & Chao, 2010; Clark et al, 2009a; Earle, 2003; Gjerdingen et al., 2009; Johnson, Burrows, & Williamson, 2004; Nash, 2012; Patel et al., 2005; Schmied & Lupton, 2001).

Estudo de revisão recente realizado por Watson et al. (2015) reuniu achados de pesquisa qualitativas na área e apontou que a imagem corporal durante a gravidez pode ser maleável, ou seja, pode haver mudança das preocupações estéticas para as funcionais. Em adição, é possível que as mulheres avaliem positivamente a proeminência abdominal e o aumento dos seios. Por outro lado, as gestantes percebem que há uma pressão para limitarem o ganho de peso e para retornarem rapidamente ao corpo pré-gravidez após o nascimento do bebê. Por fim, os autores

concluem que a imagem corporal durante o período gestacional é demasiadamente complexa e que ainda não é captável através das medidas de autorrelato existentes atualmente (Watson et al., 2015).

É interessante salientar o estudo produzido por Kamysheva et al. (2008), no qual foi desenvolvido um modelo teórico que considerou diversos fatores relacionados ao corpo durante a gestação com base na teoria de Thompson et al. (1999). Os autores concluíram que depressão, baixa autoestima e maior IMC podem desencadear atitudes corporais negativas em gestantes. A ocorrência destas questões durante essa fase da vida da mulher podem ser prolongadas e comprometedoras para a saúde da mãe, do feto e da criança.

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; Skouteris, 2011). 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). Este último ainda pode desencadear outros problemas, como mortalidade neonatal, infecções, 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 consequências diretas, mas também indiretas, chegando inclusive a óbito.

Durante o pós-parto, o Ministério da Saúde (Brasil, 2012) explica que a mulher pode sofrer três níveis de depressão: tristeza puerperal, depressão puerperal e transtorno psicótico puerperal. No primeiro, são comuns: choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração e ansiedade relacionada ao bebê. No segundo pode haver o agravamento destes sintomas, sendo frequentes: desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelos, ideias suicidas e perda do interesse sexual. O terceiro é o mais grave deles e a mulher pode apresentar perturbações mentais, tais

como: confusão mental, alucinações ou delírios, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos e insônia (Brasil, 2012).

Com relação à autoestima, as pesquisas mostram que, durante a gravidez e o pós-parto, 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 a essas fases (Cairolli, 2009; Watson et al., 2015). Sendo assim, segundo Silva et al. (2010), as mudanças que acompanham ambas as etapas podem afetar a autoestima. No entanto, quando a mulher 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 problemas (Cairolli, 2009; Silva et al., 2010). Assim, níveis elevados de autoestima são apontados como importantes preditores de competências maternas e de alta qualidade na interação mãe/bebê (Dubow & Luster, 1990).

No Brasil, investigações foram desenvolvidas levando em consideração o modelo teórico de Kamysheva et al. (2008) e os achados são expressivos. Meireles et al. (2017b) verificaram correlações significativas entre as atitudes corporais negativas e sintomas depressivos, baixa autoestima e elevado IMC, bem como atitudes alimentares inadequadas. Estes autores, avaliando o estado nutricional e a condição obstétrica de gestantes, verificaram que um maior IMC e gravidez considerada de risco, tiveram relação com atitudes corporais negativas (Meireles et al., 2015b). Em pesquisa com abordagem longitudinal, foi encontrado que as atitudes corporais, as atitudes alimentares, os sintomas depressivos, a autoestima e a ansiedade mantiveram-se constantes ao longo da gestação. Além disso, o IMC e as atitudes alimentares influenciaram a imagem corporal em gestantes (Meireles et al., 2016). À luz desses achados, parece que sintomas depressivos, autoestima e IMC podem predizer atitudes corporais em gestantes brasileiras, como exposto no modelo teórico proposto por Kamysheva et al. (2008). Mas, ainda são necessários outros estudos a fim de verificar estas relações.

Durante o pós-parto, as percepções e atitudes das mulheres em relação aos seus corpos continuam a sofrer alterações (Mills, Schmied, & Dahlen, 2013; Walker et al., 2015). Muitas dessas mudanças estão relacionadas às alterações que ocorrem durante a gravidez. No estudo de Mills et al. (2013), o desconforto em relação ao excesso de peso, as críticas voltadas a elas

mesmas por causa dos corpos, a preocupação com a própria saúde e a do bebê foram situações relatadas pelas mães. Os achados de Clark et al. (2009a) e Walker, Timmerman, Kim e Sterling (2002) apontaram a relação entre as atitudes corporais negativas e sintomas depressivos na sexta semana após o parto. E, ainda, preocupações da imagem corporal anteriormente à gravidez foram preditores de sintomas depressivos elevados na gravidez e no pós-parto (Downs et al., 2008).

As mulheres participantes do estudo de Clark et al. (2009a) explanaram que, após o nascimento do bebê, não há mais desculpas para as maiores dimensões corporais. As autoras ressaltam que o fato das mães se sentirem gordas se justifica devido as expectativas irrealistas que elas mesmas possuem a respeito da velocidade e facilidade com que corpo vai voltar à sua forma pré-gravidez após o parto. Em consonância, Patel et al. (2005) verificaram que o pós-parto foi enfatizado como um período associado a sentimentos negativos devido às preocupações e expectativas que as mulheres tinham sobre recuperar suas dimensões corporais pré-gestacionais. Nesse mesmo sentido, Gjerdingen et al. (2009) averiguaram que a satisfação corporal das mães piorou ao longo dos nove meses após o parto. Dadas essas relações, é importante não só informar ou educar as mulheres sobre o peso esperado no pós-parto e as mudanças corporais, como, também, promover e incentivar uma imagem corporal positiva, autoaceitação e autoestima após o nascimento do bebê.

Segundo Skouteris (2011), dado o sofrimento que muitas mulheres experimentam com a mudança em seus corpos durante a gravidez e no pós-parto, estes são momentos em que as intervenções para tratar o excesso de peso, a obesidade e a insatisfação corporal são susceptíveis de serem bem sucedidas. É válido acrescentar que são necessárias mais pesquisas para fomentar o desenvolvimento de modelos baseados em evidências e intervenções clínicas para a promoção do bem-estar psicológico, social e físico durante o período pré e pós-natal.

À vista desses achados, entende-se que a autoaceitação é uma característica do bem-estar psicológico, que engloba uma imagem corporal positiva e está relacionada à elevada autoestima e a baixos níveis de depressão. Deste modo, é necessário que programas de intervenção de transtornos mentais não considerem apenas a cura da doença, mas o desenvolvimento de aspectos positivos, como a autoaceitação (Morgado, 2013; Piran, 2015). Para tanto, é preciso investigar e promover o lado positivo dos aspectos psicológicos do ser humano.

### 1.3 AUTOACEITAÇÃO

O reconhecimento da autoaceitação tem raízes filosóficas e religiosas que remontam a milhares de anos (Williams & Lynn, 2011). De acordo com estes autores, os benefícios da aceitação são descritos em textos religiosos, caminhos filosóficos e obras literárias ao longo de diversas eras e em diferentes culturas. Devido, principalmente, ao entendimento de que investigações nessa área podem ajudar na compreensão do desenvolvimento e manutenção da saúde psicológica do sujeito, as últimas duas décadas testemunharam um grande interesse neste construto por parte dos pesquisadores científicos (Morgado, 2013; Morgado et al., 2014a; Williams & Lynn, 2011).

A respeito da definição do termo “autoaceitação”, Sheerer (1949) o define como os pensamentos bons e positivos a respeito do próprio ser, os quais estão fortemente associados com a aceitação dos outros. Williams e Lynn (2011) a descrevem como a consciência dos aspectos positivos e negativos de si mesmo e dos outros, mantendo uma atitude positiva. Alguns autores acreditam que as atitudes aceitação de si são forte e positivamente relacionadas com atitudes de aceitação do outro (Berger, 1952; Fey, 1954; Phillips, 1951). Para Morgado et al. (2014a), o conceito envolve a aceitação dos atributos próprios, tanto os positivos quanto aqueles negativos. Em outras palavras, é aceitar a maneira que se é, reconhecendo características boas e ruins, valorizando as primeiras (Morgado, 2013). A autoaceitação permite que um indivíduo avalie adequadamente suas características eficientes e ineficientes e aceite quaisquer aspectos negativos (Morgado et al., 2014a; Williams & Lynn, 2011).

Nesse sentido, indivíduos com altos níveis de aceitação possuem atitudes positivas em relação a si mesmos, acreditam que são pessoas interessantes e que são valorizadas pelos outros. Sujeitos que têm níveis mais elevados de autoaceitação possuem maior tendência a aceitar melhor o outro e, por isso, são mais dispostas a estabelecer relações interpessoais melhores (Morgado, 2013). Além disso, reconhecem e aceitam suas diversas características, sendo elas boas ou ruins. De acordo com Chamberlain e Haaga (2001), o sujeito se aceita plena e incondicionalmente. Macinnes (2006) entende que essa pessoa se torna habilidosa em aprender com os próprios erros, ao invés de se punir. Isso porque há o entendimento de que o ser humano é falível, ou seja, às vezes, comete falhas. Para Ryff e Singer (1996; 2008), isso representa um

estado psicológico de autoafirmação e maturidade. Amor incondicional e pensamentos bons e positivos sobre si mesmo caracterizam um quadro de autoaceitação (Morgado et al., 2014a; Sheerer, 1949; Williams & Lynn, 2011).

Em contrapartida, a ausência da capacidade de aceitar-se incondicionalmente pode levar a uma variedade de dificuldades emocionais, incluindo raiva descontrolada e depressão (Carson & Langer, 2006). Quando os indivíduos aceitam as opiniões dos outros como metas próprias, eles terão maior dificuldade em aceitar-se (Sheerer, 1949; Williams & Lynn, 2011). Negação, fuga, preconceito e evitação, por exemplo, são usados para descrever baixos níveis de autoaceitação (Williams & Lynn, 2011). Morgado et al. (2014a) acrescentam que sentimentos como os de inutilidade, inadequação, depressão, autculpa e auto-ódio podem caracterizar um quadro de falta de autoaceitação e, conseqüentemente, causam bloqueio da motivação, inibem comportamentos positivos e acarretam dificuldades na reabilitação e adaptação. Sendo assim, uma “não aceitação” pode contribuir ou manter psicopatologias (Williams & Lynn, 2011).

Nesse sentido, alguns autores acreditam que a autoaceitação é considerada um critério de saúde mental (Carson & Langer, 2006; Ryff & Singer, 1996, 2008). Williams e Lynn (2011) vão além. Eles defendem que a autoaceitação incondicional é crucial para uma sólida saúde emocional e comportamental. Em consonância, Macinnes (2006) aponta que crenças de autoaceitação de um indivíduo podem ser consideradas como pedra angular do bem-estar psicológico. Aceitar a si mesmo e aos outros é considerada uma parte importante de autogestão, de eficácia interpessoal ou de regulação da própria emoção (Williams & Lynn, 2011).

Dentre os benefícios de uma autoaceitação destacam-se: aumento do potencial de ação produtiva, pois o indivíduo reconhece o valor de suas ideias nas atividades que exercem; aumento da compaixão e redução da culpa dos outros, já que não há um sentimento de superioridade ou inferioridade em relação aos demais, mas sim de igualdade; aumento da serenidade e razoabilidade, já que possuem internalizados determinados valores e princípios próprios; diminuição das emoções negativas angustiantes, devido à habilidade para lidar com problemas, mesmo diante de falhas; e resultados terapêuticos positivos, em razão da crença de que seres humanos cometem erros (Sheerer, 1949; Williams & Lynn, 2011).

É válido ressaltar que três atitudes principais são marcadamente inerentes à autoaceitação, a saber: aceitação corporal, autoproteção de mensagens negativas e valorização das capacidades pessoais (Morgado et al., 2014a). Ou seja, estar confortável com o próprio

corpo, mesmo com suas imperfeições, filtrar informações advindas do ambiente e destacar a funcionalidade corporal caracterizam atitudes de um indivíduo que aceita a si mesmo, bem como representam um panorama de imagem corporal positiva. Assim, é possível entender o motivo pelo qual a autoaceitação tem sido considerada um mecanismo psicológico importante para desenvolver a imagem corporal em um caminho saudável (Morgado, 2013; Morgado et al., 2014a; Potocka et al., 2008; Wood-Barcalow et al., 2010).

Dadas as suas características, por um lado, a autoaceitação permite que o indivíduo experimente uma boa relação consigo, contribuindo para uma imagem corporal positiva (Pearson, Follette, & Hayes, 2011; Morgado et al., 2014a; Potocka et al., 2008). Morgado et al. (2014a) e Potocka et al. (2008) demonstraram que altos níveis de autoaceitação relacionaram-se à uma imagem corporal positiva. Por outro lado, a falta de autoaceitação pode colaborar para o surgimento de uma imagem negativa do corpo e, conseqüentemente, auxiliar no desenvolvimento ou na manutenção de distúrbios alimentares e obesidade (Espíndola & Blay, 2009; Macinnes, 2006). Ademais, estudos têm verificado que a autoaceitação relaciona-se positivamente com elevada autoestima e negativamente com depressão e ansiedade (Carson & Langer, 2006; Macinnes, 2006; Morgado, 2013; Morgado et al., 2014a; Potocka et al., 2008). Ressalta-se, ainda, que valores mais elevados de IMC também estão associadas a níveis mais baixos de autoaceitação (Carr & Friedman, 2005; Tager, Good, & Morrison, 2006).

Alguns pesquisadores têm avaliado a autoaceitação no contexto dos transtornos alimentares e da obesidade (Espíndola & Blay, 2009, O'Dea, 2004; Talarczyk, 2011). Uma constatação importante e frequentemente descrita por muitos estudiosos revela que, assim como a imagem corporal positiva (Cook-Cottone, 2015; Piran, 2015; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a), a autoaceitação é um mecanismo psicológico essencial na terapia e prevenção de transtornos alimentares. Por terem a aceitação de si mesmo comprometida e por valorizarem determinado estereótipo corporal em detrimento de outros, nutrir, estimular e valorizar a autoaceitação é uma importante estratégia de intervenção em pacientes com transtornos alimentares (O'Dea, 2004; Talarczyk, 2011).

Devido ao interesse empírico e clínico no construto da autoaceitação, algumas medidas e métodos de avaliação foram desenvolvidos para pesquisadores e psicoterapeutas na tentativa de avaliá-la. No próximo tópico, algumas escalas e achados serão apresentados.

### 1.3.1 Avaliação da autoaceitação

As primeiras medidas de aceitação foram desenvolvidas na década de 1950 (Williams & Lynn, 2011). Dentre elas, algumas foram amplamente utilizadas: *Butler-Haigh Q sort* (Rogers & Dymond, 1954); *Index of Adjustment and Values* (Bills, 1953), *Acceptance of Self and Others Scale* (Fey, 1954) e *Self-Others Questionnaire* (Phillips, 1951). Estudos que utilizaram essas escalas comprovaram a hipótese de que a autoaceitação se correlaciona positivamente à aceitação dos outros e negativamente às psicopatologias. No entanto, pesquisadores criticam as escalas, na medida em que acreditam que a definição do construto estava inadequada, bem como o percurso metodológico de desenvolvimento das mesmas era duvidoso (Morgado, 2013; Williams & Lynn, 2011).

Outra escala que foi bastante utilizada na época foi a desenvolvida por Berger (1952) intitulada *Self-Acceptance Scale*, por ter apresentado uma validação mais completa (Morgado, 2013; Williams & Lynn, 2011). Composta por 64 itens, este instrumento avalia a autoaceitação e a aceitação de outros. Apesar de boas qualidades psicométricas, o seu principal ponto frágil referia-se à questão do construto: até que ponto ela realmente mensurava autoaceitação, ou deseabilidade social ou autoestima (Williams & Lynn, 2011).

Algumas medidas foram desenvolvidas a fim de avaliar o bem-estar psicológico e, como uma de suas dimensões, incluíam a autoaceitação. Este é o caso do *Personal Orientation Inventory* (Shostrom, 1964) e *California Psychological Inventory* (Gough, 1957; 1987). Atualmente, a medida que tem sido mais frequentemente utilizada para a avaliação da autoaceitação de homens e mulheres é a subescala da *Scales of Psychological Well-Being* (Ryff, 1989) denominada *Self-Acceptance Subscale*. O questionário como um todo investiga seis dimensões do bem-estar psicológico e essa subescala específica inclui itens em que o sujeito deve avaliar a si mesmo na vida atual e também no passado. Salienta-se, no entanto, que a confiabilidade encontrada foi considerada baixa (Williams & Lynn, 2011).

Mais recentemente, o *Unconditional Self-Acceptance Questionnaire* (Chamberlain & Haaga, 2001) foi desenvolvido para verificar a autoaceitação incondicional em universitários americanos. Esse instrumento contém 20 itens e foi construído não como um componente de outro construto, como o bem-estar, mas sim como uma medida autônoma de avaliação da



aceitação de si mesmo. Apesar de ser uma escala com boa confiabilidade, o principal inconveniente relacionado a ela refere-se ao fato da validade discriminante e convergente não ter sido avaliada diretamente (Morgado, 2013; Williams & Lynn, 2011).

Pesquisadoras polonesas desenvolveram a *Self-Acceptance Scale* (Potocka et al., 2008). O questionário compreende 12 itens referentes ao nível de autoaceitação, ao sentimento de autoeficácia e ao autoconhecimento. As autoras não descreveram em detalhes o processo de criação e validação da escala. Todavia, apontaram que as tais características foram consideradas satisfatórias

No Brasil, Morgado et al. (2014a) desenvolveram a Escala de Autoaceitação para Pessoas com Cegueira Precoce. Esta tem como premissa quantificar a autoaceitação de adultos brasileiros com cegueira congênita ou precoce, de ambos os sexos. Esta ferramenta é composta por 18 itens distribuídos em três subescalas: aceitação corporal, proteção de estigmas sociais e sentimentos e crenças de capacidade. As autoras verificaram as qualidades psicométricas da escala e apontaram que a mesma é válida e confiável para avaliar a autoaceitação neste público.

Nessa perspectiva, acredita-se que o número de medidas para a avaliação da autoaceitação ainda seja reduzido. Os instrumentos existentes não focam em outros públicos específicos e/ou não apresentaram avaliação completa de suas qualidades psicométricas. Como levantado anteriormente, este construto é um importante meio de desenvolvimento da imagem corporal positiva, já que envolve atitudes positivas do indivíduo com relação a múltiplos aspectos de si mesmo, incluindo qualidades boas e ruins, como por exemplo: aceitar e apreciar a si mesmo como é; sentir-se igual às outras pessoas (nem melhor e nem pior); não se incomodar com opiniões negativas de outras pessoas; e entender e respeitar suas próprias limitações (Morgado et al., 2014a; Sheerer, 1949; Williams & Lynn, 2011).

### **1.3.2 Autoaceitação em gestantes e mulheres no pós-parto**

Dada a peculiar experiência que é a gestação e o pós-parto para as mulheres, devido não só às alterações corporais envolvidas, como também a todos os fatores psicossociais implicados, conhecer como elas experienciam a aceitação de si mesmas durante esse período é de

fundamental importância. No entanto, até o momento, não foram encontrados instrumentos específicos para tal. Assim, alguns autores têm utilizado formas alternativas para esta avaliação.

Student (1977) investigou longitudinalmente a relação entre autoaceitação, conflito entre mãe e filha, apoio social e comportamento no pós-parto. Os achados indicaram que as mulheres com baixa autoaceitação e alto conflito entre mãe e filha possuíam alto grau de dificuldade adaptativa no pós-parto. É válido ressaltar que as mulheres do estudo encontraram dificuldades para lidar com mudanças pessoais e situacionais após o parto. Elas relataram adequado apoio social durante a gravidez, mas foi considerado insuficiente após o nascimento do bebê. Nesse sentido, a autora conclui que os profissionais de saúde precisam desenvolver estratégias para a identificação precoce de mulheres com baixa autoaceitação tendo em vista uma melhor adaptação no pós-parto.

Estudo de Bailey e Hailey (1986) objetivou comparar as experiências psicossociais de gestantes e não-gestantes, tais como: senso de valor pessoal, capacidade de pensamento e ações independentes, bem como a autoaceitação. Esta última foi mensurada através de uma das subescalas do *California Psychological Inventory* (Gough, 1957; 1987). Os achados apontaram que a autoaceitação de grávidas foi significativamente menor quando comparada às não-grávidas. Para as autoras, baixos níveis de autoaceitação podem causar maior preocupação e problemas para as mulheres que vivenciam as mudanças gestacionais, impactando em um comportamento menos independente. Apesar disso, reitera-se que esta não é uma medida confiável já que não foi originalmente desenvolvida para grávidas.

Outro estudo longitudinal foi desenvolvido por Dimitrovsky et al. (1998) em primíparas israelenses. Elas responderam a medidas de depressão, de autoaceitação geral e materna durante o último trimestre da gravidez e seis a oito semanas após o parto. Foi encontrado que as mulheres com elevada autoaceitação geral foram menos deprimidas do que aqueles com baixa autoaceitação geral. Além disso, tanto no período gestacional quanto no pós-parto, as avaliadas classificaram-se com uma autoaceitação materna maior quando comparado à autoaceitação geral. E, ainda, houve uma diminuição na depressão de pré para pós-parto. São achados interessantes, mas que não podem ser generalizados devido ao baixo número amostral incluído na pesquisa (n = 49), de uma população e situação específica, assim como os instrumentos não tiveram as suas qualidades psicométricas averiguadas anteriormente para este público.

Solivan et al. (2015) objetivaram verificar fatores associados com experiência saudáveis durante a gestação e depois do nascimento do bebê em adolescentes, através de entrevistas. As mães relataram que perceberam o julgamento social advindo de professores, adultos da comunidade, delas próprias, bem como a dificuldade de resistir a tal avaliação. Contudo, foram verificados altos níveis de autoeficácia e de autoaceitação, principalmente devido a fatores internos e recursos externos, como apoio da família e do parceiro durante a gravidez. No entanto, estes resultados não podem ser extrapolados para além da amostra deste estudo por se tratar, principalmente, de uma investigação qualitativa.

Dessa forma, a autoaceitação tem sido avaliada em gestantes e mulheres no pós-parto através de diferentes abordagens, obtendo resultados interessantes. Para tanto, métodos qualitativos ou instrumentos advindos de outras populações têm sido utilizados. Neste último caso, principalmente, os achados devem ser considerados com cautela devido à utilização de ferramentas que não foram desenvolvidas originalmente para quantificar, especificamente, a autoaceitação neste público.

Diante do exposto, durante a gestação e o pós-parto, é de extrema importância que a mulher aceite sua nova condição e as mudanças que esse período traz em sua vida, tanto nos aspectos corporais, quanto com relação a suas funções e relacionamento com as pessoas próximas. A autoaceitação nesse período pode envolver o bem-estar biopsicossocial da mulher, bem como uma imagem corporal positiva, elevada autoestima e baixos sintomas depressivos. Contudo, apesar de relevante, ainda não existem medidas específicas para gestantes e mulheres no pós-parto brasileiras contemplando o construto “autoaceitação”. Dessa forma, a criação de um instrumento que avalie a autoaceitação nesse público é a melhor maneira de solucionar tal impasse.

#### 1.4 DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DE ESCALAS

De maneira geral, pode-se dizer que o valor científico das pesquisas está diretamente relacionado à qualidade dos instrumentos de medidas utilizados (Cash, 2011a; Coluci, Alexandre, & Milani, 2015). Assim, a escolha da ferramenta mais apropriada para atingir aos

objetivos traçados é fundamental para alcançar maior qualidade na pesquisa (Alexandre & Coluci, 2011). Nesse sentido, estudiosos apontam para a importância da criação de escalas e/ou adaptação transcultural de escalas, considerando a realidade da população-alvo e, garantindo, assim, que as informações coletadas expressem o que se deseja medir (Carvalho, Amaral, & Ferreira, 2014; Cash & Smolak, 2011; Morgado et al., 2014b; Thompson, 2004).

Antes de se construir ou adaptar um instrumento, é preciso avaliar qual a necessidade de se realizar o procedimento (Hutz, Bandeira, & Trentini, 2015). Em primeiro lugar, torna-se imprescindível verificar se existe um instrumento disponível e adequado às demandas do pesquisador (Coluci et al., 2015). No caso da inexistência de medidas adequadas para a população que se deseja estudar, a criação de uma ferramenta avaliativa do que se pretende mensurar é a solução mais indicada (Cash, 2011a). Como toda escolha, existe o ponto negativo e o positivo. Se, por um lado, tem-se a dificuldade de produzir comparações culturais, por outro, a construção de uma escala é benéfica por permitir abordar as particularidades culturais de forma específica (Hutz et al., 2015). Quando identificada a necessidade do desenvolvimento de um novo instrumento, o pesquisador deve ter ciência de que deve adotar uma metodologia adequada para que esta ferramenta seja apropriada e confiável ao que pretende medir (Coluci et al., 2015).

Segundo Pasquali (2010), avaliar parece ser uma fatalidade do ser humano com relação ao seu meio ambiente, incluindo tanto o aspecto físico quanto o psicossocial. A teoria e a técnica de medida dos processos mentais é conhecida como psicometria (Pasquali, 2009) e tem sido um tema de grande interesse da psicologia nos últimos anos (Reppold, Gurgel, & Hutz, 2014). Ela se fundamenta no método quantitativo, o qual tem como principal característica e vantagem “o fato de representar o conhecimento da natureza com maior precisão do que a utilização da linguagem comum para descrever a observação dos fenômenos naturais” (Pasquali, 2009, p. 993). Os precursores desta área eram, por formação, estatísticos e, por isso, muitas vezes, se define a psicometria como um ramo da estatística. Na verdade, ela deve ser concebida como uma parte da psicologia que se aproxima da estatística (Pasquali, 2010). O fato é que desenvolver novas escalas psicológicas em qualquer outra área demanda conhecimento profundo de um grande número de questões teóricas e metodológicas (Hinkin, 1995). Segundo Pasquali (2010), sem uma teoria psicológica consistente e fundamentada, a ferramenta desenvolvida pode parecer estatisticamente perfeita, mas é possível que meça algo nada relevante ou algo desconhecido. De

maneira similar, mesmo com os conceitos estabelecidos em terreno sólido, sem cálculos estatísticos adequados, o instrumento recém-criado pode se tratar de uma medida não confiável.

Uma escala de medida psicológica avalia, mede ou faz uma estimativa de construtos que não podem ser observados diretamente (Hutz et al., 2015). Em outras palavras, segundo DeVellis (2012), ela é desenvolvida quando o pesquisador tem por objetivo medir um fenômeno que ele acredita existir, por meio de seu entendimento teórico do mundo, mas que não pode ser observável facilmente por meios diretos. Assim, as escalas são instrumentos compostos por uma coleção de itens, fundamentais no processo de avaliação psicológica (Hutz et al., 2015).

Vários são os motivos que justificam a quantificação em psicologia. Segundo Hutz et al. (2015), os escores resultantes de testes psicométricos favorecem o teste empírico de hipóteses e a avaliação da aceitabilidade de modelos teóricos explicativos. Outra vantagem baseia-se na avaliação da efetividade de intervenções. Nestes casos, são necessárias investigações empíricas que utilizam de avaliação quantitativa de variáveis psicológicas. Somado a estas, pode-se dizer que a facilitação da comunicação entre psicólogos e outras áreas também é um benefício, uma vez que disponibiliza informações mais fáceis de serem compreendidas por outros profissionais. E, ainda, existe um ponto positivo com relação à reprodutibilidade, já que os bancos de dados podem ser conferidos e testados por outros pesquisadores. Sendo assim, os testes psicométricos são ferramentas objetivas que oferecem informações preciosas sobre os indivíduos, quando usadas de forma adequada. Cabe ressaltar, contudo, que um diagnóstico não deve ser conduzido apenas no resultado de um teste. Existe a necessidade de se contextualizar as informações obtidas através do mesmo com outros métodos e técnicas, a fim de se obter uma avaliação psicológica.

A literatura aponta que, apesar do aumento significativo no número de instrumentos de medida, muitos não têm sido desenvolvidos e validados adequadamente (Alexandre & Coluci, 2011; Coluci et al., 2015). Este capítulo foi reservado para a apresentação do procedimento complexo e sistemático que é o desenvolvimento e a avaliação psicométrica de escalas. Sem um processo metódico, cuidadoso e organizado, o instrumento pode não refletir adequada e fidedignamente o que se pretende medir. Nesse sentido, as etapas recomendadas para a criação de um instrumento de medida são apresentadas a seguir.

### 1.4.1 Primeira etapa: Geração dos itens

É essencial ter conhecimento a respeito dos procedimentos e seguir sistemática e criteriosamente todo o percurso metodológico a fim de se obter um instrumento válido e fidedigno. A primeira etapa no processo de construção de uma nova escala é a geração dos itens (DeVellis, 2012; Pasquali, 2010). Para tanto, o pesquisador precisa de um arcabouço teórico e um conjunto de parâmetros. Ambos darão suporte, tanto para o desenvolvimento de cada item, quanto do novo instrumento como um todo (DeVellis, 2012).

Inicialmente, a construção de um novo teste requer amplo levantamento do referencial teórico sobre o construto avaliado pelo instrumento (Hutz et al., 2015). Esta revisão deve incluir livros, artigos e instrumentos já existentes para avaliar o mesmo construto. Segundo Pasquali (2010), para a definição da variável-alvo é recomendado que o pesquisador leve em consideração a literatura pertinente e peritos na área, bem como a própria experiência. Esse primeiro passo tem como objetivo determinar claramente o que se pretende medir (DeVellis, 2012). Dessa maneira, é possível entender a natureza e o conteúdo do construto de interesse, e também verificar as falhas de instrumentos anteriormente construídos e confirmar (ou não) a necessidade da criação da nova ferramenta. Certo da indispensabilidade de uma nova medida, nesta etapa, a estrutura conceitual será estabelecida, os objetivos do instrumento e a população-alvo do mesmo serão definidos (Coluci et al., 2015).

De acordo com Pasquali (1998), o pesquisador precisa estabelecer uma definição constitutiva e operacional do construto. A primeira representa o conceito abstrato sobre o mesmo. Isso é de extrema importância, pois situa o construto, exata e precisamente, dentro da sua teoria, permitindo entender as balizas e os limites que ele possui (Pasquali, 1998, 2010). A transição do abstrato para o concreto é viabilizada através das definições operacionais. Operacionalizar a variável que se pretende medir significa traduzir o traço latente em comportamentos (Pasquali, 1998). Assim, é preciso elaborar uma definição em termos comportamentais de como o traço latente se manifesta, da maneira mais abrangente possível (Pasquali, 1998).

A operacionalização do construto ou a geração dos itens, propriamente dita, vem em sequência (DeVellis, 2012; Pasquali, 1998). Para tanto, o pesquisador pode desenvolvê-los por

meio dos métodos dedutivo, indutivo ou através da combinação dos dois anteriores (Alexandre & Coluci, 2011; Morgado, Meireles, Neves, Amaral, & Ferreira, 2017). No primeiro, a geração de itens ocorre com base em uma extensa revisão da literatura e escalas pré-existentes. No segundo, este desenvolvimento inicial baseia-se em informações de indivíduos da população para a qual o instrumento está sendo criado, as quais podem ser obtidas através, por exemplo, de grupos focais, entrevistas, painéis de especialistas e metodologias qualitativas de pesquisa exploratória (Coluci et al., 2015; Hutz et al., 2015; Morgado et al., 2017; Pasquali, 2010; Reppold et al., 2014). Segundo artigo de revisão realizado por Morgado et al. (2017), a combinação dessas duas estratégias tem sido a opção mais utilizada pelos pesquisadores, seguindo a recomendação de DeVellis (2012) para a geração de itens.

Para Malhotra (2012), uma escala tem três objetivos específicos: 1) transformar as informações desejadas em um conjunto de perguntas específicas que os entrevistados tenham condição de responder; 2) motivar e incentivar o entrevistado a cooperar e deixar-se envolver pelo preenchimento do mesmo; e 3) minimizar o erro na resposta. Para isso, o pesquisador deve estar atento a alguns critérios para a construção adequada dos itens (Hutz et al., 2015; Pasquali, 1998, 2010). De maneira geral, os itens devem: conter apenas uma ideia por vez; ser claros; investigar comportamentos ou atitudes congruentes com a variável testada e não uma abstração; perguntar de maneira diferente aquilo que será testado para não provocar monotonia, cansaço ou aborrecimento; medir e parecer medir o que se propõe a fim de que o participante dê credibilidade; e não ter juízo de valores e/ou ambiguidade (Coluci et al., 2015; Hutz et al., 2015; Pasquali, 1998, 2010).

Somado a estes, deve-se estar atento à linguagem utilizada. Os itens devem ser compostos por palavras comuns que reflitam o nível do vocabulário da população pretendida. Para Pasquali (2010), o item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo do público-alvo e, por isso, é preciso utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Além disso, é válido tomar cuidado com palavras como: “sempre”, “nunca”, “extremamente”, pois podem distorcer a resposta do avaliado. Esta gradação pode ser expressa por meio da escala de resposta (Hutz et al., 2015; Pasquali, 2010).

Tendo em vista o instrumento como um todo, o conjunto de itens deve cobrir toda a magnitude da variável testada (Hutz et al., 2015; Pasquali, 1998, 2010). Ademais, deve-se evitar que o teste tenha vários itens medindo a mesma porção da variável e outra parcela sem

representação do teste. É consenso entre os pesquisadores que um fator precisa de pelo menos três itens para se sustentar (Hutz et al., 2015). Contudo, não há concordância quando o quesito é quantidade de itens do instrumento (Coluci et al., 2015). Na etapa de criação de itens, o pesquisador deve considerar que alguns deles serão excluídos ao longo do processo de validação da escala, seja pelos juízes, no pré-teste ou durante as análises estatísticas. Pasquali (2010) sugere que, para uma boa representação do construto, a versão final do instrumento tenha 20 itens. No entanto, para a versão inicial sugere-se o acréscimo de 10% a este valor. DeVellis (2012) e Hutz et al. (2015) recomendam redigir um conjunto inicial três ou quatro vezes maior do que se pretende que a escala tenha ao final, a fim de garantir boa consistência interna à mesma. A este respeito, acredita-se que o número de itens depende, principalmente, da complexidade do construto.

Alguns autores recomendam preservar o equilíbrio entre itens positivos e negativos (Hutz et al., 2015). De acordo com DeVellis (2012) e Malhotra (2012), o respondente é influenciado pela direção das afirmações. Neste caso, é aconselhável construir os instrumentos com alguns itens com sentido positivo e outros negativos. Contudo, Pasquali (2010) aponta que, geralmente, as frases negativas são mais confusas que aquelas na direção positiva. Nesse sentido, itens negativos, às vezes, podem prejudicar a compreensão (Hutz et al., 2015). Sejam positivos ou negativos, o pesquisador deva garantir que os itens não confundam o avaliado,.

Após a construção dos itens, é preciso escolher um método para obtenção das respostas (Coluci et al., 2015). Para tanto, o pesquisador deverá levar em consideração a natureza do item. Por exemplo, caso a escala seja constituída por perguntas em terceira pessoa, as opções de resposta serão diferentes daqueles instrumentos compostos por afirmativas em primeira pessoa. Dentre as opções mais utilizadas destacam-se: formato de resposta dicotômica (sim ou não; falso ou verdadeiro); e escala do tipo *Likert* de pontos com três ou mais opções de resposta (nunca a sempre; concordo fortemente a discordo fortemente) (Coluci et al., 2015; DeVellis, 2012; Pasquali, 2010).

Finalmente, o pesquisador precisa fazer a estruturação da escala, a qual é considerada por Coluci et al. (2015) como o estágio que consolida as etapas anteriores. Assim, deve-se considerar o título, as instruções, a sequência dos itens, o formato de apresentação e o escore total. Quanto ao título, sugere-se que este apresente o construto avaliado, seja o mais curto possível e de fácil acessibilidade a fim de que a nova escala seja encontrada, sem maiores esforços, por futuros



interessados, após validada. Com relação às instruções, recomenda-se que estas sejam claras, a fim de que o avaliado compreenda o que deve ser feito para responder corretamente ao teste, livre de tensão e ansiedade (Pasquali, 2010). Adicionalmente, concernente à sequência dos itens, Coluci et al. (2015) e Malhotra (2012) apontam que, sempre que possível, deve ser do item mais geral até o mais específico, no sentido do menos pessoal e menos delicado para o mais pessoal e mais delicado. E, ainda, deve-se definir qual será o formato, espaçamento e posicionamento das perguntas da nova escala, bem como a análise dos escores da mesma. Futuros pesquisadores interessados em utilizar este novo instrumento necessitam saber como calcular o escore total e o que este valor representa.

Conforme Morgado et al. (2017), considerando que a geração de itens pode ser a parte mais importante do processo de desenvolvimento de uma escala, futuros pesquisadores devem utilizar a definição apropriada do construto de interesse e combinar as estratégias dedutiva e indutiva na criação dos itens. Recomenda-se levar em consideração critérios para a construção adequada dos mesmos. Ao final deste momento a nova escala terá título, instruções, formato, opções de resposta e escore total estruturados. A etapa seguinte poderá modificar esta estrutura.

#### **1.4.2 Segunda etapa: Análise teórica dos itens**

Após a confecção da versão inicial, a medida precisa ser testada quanto à hipótese de que os itens representam e/ou contemplam adequadamente os domínios do construto de interesse, bem como se são compreensíveis para a população à qual se destina (Coluci et al., 2015; Pasquali, 2010). Para tanto, nesta etapa, a nova escala será avaliada por juízes e pelo público-alvo, a fim de que o conteúdo e a semântica dos itens sejam verificados (DeVellis, 2012; Coluci et al., 2015; Hutz et al., 2015; Pasquali, 2010).

Inicialmente, é recomendado o encaminhamento do instrumento preliminar para a apreciação dos juízes (chamados também de peritos ou *experts*), os quais podem ser escolhidos devido ao conhecimento do construto, experiência no processo de construção de escalas e/ou potenciais usuários da nova ferramenta (Alexandre & Coluci, 2011; Hutz et al., 2015). Hutz et al. (2015) aconselham a inclusão de, no mínimo, dois juízes, para que se tenham duas avaliações.

Entretanto, apontam como ideal, três peritos para permitir desempate, se for o caso. Segundo estes autores, o julgamento por um número maior pode tornar o procedimento mais difícil. Coluci et al. (2015) indicam que a avaliação de conteúdo deve ser realizada por cinco a dez juízes. Pasquali (2010) acredita que seis sejam suficientes para a realização da tarefa. Em relação a isso, acredita-se que deve ser levado em consideração as características do teste, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos convidados (Alexandre & Coluci, 2011).

É aconselhável que os pesquisadores redijam uma carta convite a cada um dos juízes, a qual deve conter o motivo da inclusão do mesmo como perito, a relevância dos conceitos envolvidos e do instrumento como um todo (Alexandre & Coluci, 2011; Coluci et al., 2015; Hutz et al., 2015). Nessa, deve-se explicar que eles serão responsáveis por julgar o conteúdo, a relevância, a clareza e a coesão de cada item (DeVellis, 2012). Caberá aos peritos também verificar se todas as dimensões foram incluídas adequadamente pelo conjunto de itens, bem como avaliar aspectos gerais da nova escala, como: título, instruções, formato e escore total (Coluci et al., 2015; Reppold et al., 2014). Comentários individuais sobre cada aspecto avaliado e sugestões de inclusão de novos itens ou exclusão de alguns considerados inadequados também podem ser realizados pelos juízes (Coluci et al., 2015; DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015).

Para tanto, a fim de orientar e obter uma padronização entre os avaliadores, aconselha-se o desenvolvimento de um formulário para avaliação dos peritos (Alexandre & Coluci, 2011; Coluci et al., 2015; Hutz et al., 2015; Pasquali, 2010). Pode-se elaborar uma tabela com os itens e os aspectos a serem avaliados, deixando espaço para comentários adicionais. Assim, a avaliação por este comitê pode envolver procedimentos quantitativos e qualitativos (Alexandre & Coluci, 2011; Coluci et al., 2015). Espera-se um percentual elevado de concordância entre os juízes, o qual pode ser calculado através do número de participantes que concordaram com determinado quesito, dividido pelo número total de peritos e multiplicado por 100 (Alexandre & Coluci, 2011; Coluci et al., 2015). Uma concordância de, pelo menos, 80% entre os juízes pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere (Pasquali, 1998, 2010). No caso de discrepância entre vários deles, o item ou o aspecto analisado deve ser modificado, considerando as próprias sugestões dos avaliadores. Dessa forma, é possível que a escala passe por alterações para então seguir para a avaliação da população-alvo, procedimento este chamado de pré-teste.

Para Malhotra (2012), o pré-teste refere-se à aplicação da escala em uma pequena amostra de entrevistados a fim de identificar e eliminar problemas potenciais. Para este autor, até mesmo o melhor instrumento pode ser aperfeiçoado nesta etapa. A compreensão, a clareza e a validade aparente, bem como as instruções, a sequência, o formato, a dificuldade e o cansaço no preenchimento do instrumento devem ser avaliados pelo público-alvo (Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012). Para tanto, devem ser incluídos nesta avaliação indivíduos extraídos da população à qual a escala se destina, em termos de características fundamentais, familiaridade com o assunto, atitudes e comportamentos de interesse (Malhotra, 2012). Vale ressaltar que tanto sujeitos “do estrato mais baixo de habilidade”, a fim de verificar a compreensão, quanto aqueles de uma “amostra mais sofisticada”, para garantir a validade aparente, devem fazer parte dessa etapa (Pasquali, 1998, p. 9).

Em termos práticos, Malhotra (2012) e Pasquali (1998) recomendam a realização de 30 a 40 entrevistas individuais para que os entrevistadores possam observar as reações e as atitudes dos entrevistados. Para Hutz et al. (2015), a escala deve ser avaliada através de grupos focais compostos por três a cinco pessoas que representem a amostra-alvo. Segundo estes autores, dois ou três grupos focais, com pessoas diferentes, são suficientes para concluir a respeito da clareza dos itens. Acredita-se que o pré-teste deva simular o ambiente e o contexto da pesquisa real. Assim, caso a escala seja de autorrelato, por exemplo, recomenda-se que o próprio avaliado responda ao instrumento na íntegra.

Quanto à avaliação, o pesquisador pode recorrer à análise protocolar e/ou ao *debriefing*, ambos processos comumente usados em pré-teste (Malhotra, 2012). No primeiro, o entrevistado deve responder à escala em voz alta para que as reações sejam gravadas e analisadas posteriormente. No segundo, é pedido ao avaliado que descreva o significado de cada pergunta com as próprias palavras, indicando possíveis problemas enfrentados ao responder ao instrumento.

A partir das observações dos próprios sujeitos, a escala passará por alterações e, no caso destas serem significativas, um novo pré-teste com indivíduos diferentes deve ser operacionalizado. Todo esse processo carece ser desenvolvido até que não sejam necessárias mais mudanças (Malhotra, 2012). Portanto, após julgamento dos peritos e do público-alvo, os procedimentos teóricos na construção do instrumento de medida estão completos (Pasquali,

2010). Neste momento, o pesquisador terá um instrumento piloto que deverá ser analisado empírica e psicometricamente.

### **1.4.3 Terceira etapa: Análise empírica dos itens**

O pesquisador ou o clínico que estiver interessado em utilizar uma medida de avaliação em sua prática profissional deve estar atento se esta foi avaliada quanto às suas qualidades empíricas e psicométricas (Coluci et al., 2015). Algumas exigências acerca dos testes devem ser satisfeitas a fim de que eles possam ser considerados adequados para uso (Hutz et al., 2015). Sendo assim, após o processo de construção dos itens e a etapa da análise teórica pelos peritos e pelo público-alvo, deve-se iniciar o procedimento da análise empírica. Para DeVellis (2012), a etapa de avaliação dos itens é o coração do processo de desenvolvimento da escala. Para tanto, a versão do novo teste deverá ser aplicada para uma amostra grande, heterogênea e representativa da população-alvo (DeVellis, 2012; Pasquali, 2010).

Com relação ao tamanho amostral, Pasquali (2010) fornece duas instruções. A primeira é, se o pesquisador estiver seguro de quantos fatores a escala mede, deve-se considerar um número mínimo de 100 indivíduos para cada fator medido. Por outro lado, caso haja dúvidas quanto à quantidade de fatores, sugere-se incluir entre cinco e dez sujeitos por item do instrumento, considerando apenas um total mínimo de 200 pessoas. Além disso, é necessário determinar as características gerais da população-alvo à qual o teste se destina, tais como: faixa etária, nível socioeconômico, grau de escolaridade, entre outros (Pasquali, 2010).

A análise empírica dos itens caracteriza-se por ser um exame inicial da performance de cada item (DeVellis, 2012). Para esse autor, estes devem ser julgados em relação: à correlação entre os itens, à correlação item-escore total, à variância, à média de escores de cada item e ao coeficiente alfa. Os itens que não atingirem os critérios de qualidade estabelecidos podem ser considerados candidatos à eliminação nos procedimentos seguintes.

A primeira qualidade que deve ser procurada refere-se à correlação entre os itens (DeVellis, 2012). Quanto maior for esta correlação, maior será a qualidade individual dos itens. Além disso, assumindo que eles representam uma variável latente, quanto maior a confiabilidade

individual do item, maior também a fidedignidade que a escala poderá assumir. Assim, aqueles itens considerados apropriados possuirão maiores correlações com o escore total da escala. Em termos práticos, Hair Júnior, Black, Babin, Anderson e Tatham (2009) estabelecem o valor de correlação de 0,5 como mínimo para correlação item-total. Como itens com alto valor de correlação são mais desejáveis, aqueles cujo valor de correlação for próximo a zero devem ser considerados excessivamente difíceis ou fáceis, ambíguos ou não relacionados ao construto de interesse e, por isso, devem ser descartados (DeVellis, 2012).

Outro atributo considerado valioso por DeVellis (2012) consiste na variância do item. Aqueles avaliados como bons apresentam variância relativamente alta. Se todos os indivíduos responderem a um dado item de forma idêntica, ele não será capaz de discriminar os respondentes com relação ao construto avaliado e sua variância será igual a zero (DeVellis, 2012). Assim, itens em que todos os sujeitos apontam a mesma alternativa são inúteis para fins de diferenciar indivíduos, ou seja, eles não trazem nenhuma informação (Pasquali, 2010).

Concernente à média dos escores de cada item, DeVellis (2012) aponta como desejável aquela próxima do centro do intervalo de pontuações possíveis. Sendo assim, naquelas escalas que apresentam sete opções de resposta, variando de 1 (“discordo fortemente”) a 7 (“concordo fortemente”), por exemplo, o ideal é que a média seja próxima a 4. No caso de itens cujas médias se aproximarem das extremidades, estes devem ser considerados falhos na detecção de certos valores do construto-alvo (DeVellis, 2012).

De acordo com DeVellis (2012), um dos mais importantes indicadores da qualidade de uma escala é o coeficiente alfa, que está relacionado ao total de itens da escala (DeVellis, 2012; Malhotra, 2012; Pasquali, 2010). Para Malhotra (2012), o mínimo aceitável é 0,60, enquanto que, para DeVellis (2012), 0,70. Vale ressaltar que uma correlação negativa entre os itens, uma baixa correlação item-escore total, uma fraca correlação inter-item, uma variabilidade pobre e uma média não centralizada tenderão a reduzir o alfa. Assim, após a seleção dos itens, incluindo aqueles bons e excluindo os inadequados, o coeficiente alfa é uma maneira de avaliar o sucesso do pesquisador até então (DeVellis, 2012).

Finalizada esta etapa, a fase seguinte do processo de desenvolvimento de uma nova escala poderá ser iniciada. No quarto e último passo, as qualidades psicométricas do instrumento serão avaliadas.

#### 1.4.4 Quarta etapa: Análise psicométrica

No processo de avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento, vários são os atributos que podem ser testados, sendo os mais importantes a validade e a confiabilidade. A seleção de quais métodos serão utilizados para avaliá-los irá depender do tipo e do objetivo de cada instrumento (Coluci et al., 2015).

Para Pasquali (2009), os parâmetros mais importantes de legitimidade de uma medida são a validade e a confiabilidade. Um instrumento precisa ser válido (pertinente, relevante) e confiável (calibrado) (Pasquali, 2007). Concernente à primeira característica, este autor afirma que é uma condição *sine qua non* demonstrar a validade dos testes, ou seja, tem-se que comprovar a correspondência entre o traço latente e sua representação física (o comportamento) (Pasquali, 2009, 2013). Corroborando com esta ideia, Reppold et al. (2014) consideram a validade como fundamental na construção e análise dos testes, pois revela o quanto a evidência e o suporte teórico estão absorvidos no instrumento apresentado. A validade, então, verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir (Alexandre & Coluci, 2011; Hutz et al., 2015). Para tanto, os psicometristas recorrem a uma série de técnicas para verificar a validade de seus instrumentos, as quais podem ser reduzidas a três grandes classes (o modelo trinitário): validade de conteúdo, validade de construto e validade de critério (Alexandre & Coluci, 2011; DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Pasquali, 2009).

A validade de conteúdo consiste em verificar se o teste constitui uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos (domínio) (DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Pasquali, 2007, 2009). Em outras palavras, se os itens desenvolvidos para medir determinado construto representam adequadamente as facetas importantes do mesmo, então a escala apresenta validade de conteúdo. Trata-se de uma validade essencial no desenvolvimento de novos instrumentos por verificar a associação entre conceitos abstratos e indicadores passíveis de medir e observar (Alexandre & Coluci, 2011). Para esse tipo de validade, não há testes estatísticos específicos (Morgado et al., 2014b). Enquanto, para alguns autores, a análise da validade de conteúdo envolve o julgamento da ferramenta por um comitê de peritos, outros consideram que a mesma corresponde tanto à avaliação por juízes quanto à fase anterior, de desenvolvimento dos itens do instrumento (Alexandre & Coluci, 2011; Hutz et al., 2015;

Reppold et al., 2014). Dessa forma, entende-se que aquele pesquisador que tenha seguido adequadamente as etapas precedentes, tenha um teste com validade de conteúdo.

Além disso, no pré-teste, ainda é preciso estar atento à validade de face ou validade aparente. Esta refere-se ao julgamento subjetivo que o respondente faz sobre o teste, podendo considerá-lo interessante ou nada relevante (Hutz et al., 2015; Pasquali, 2007). A motivação do indivíduo para completar o teste está relacionada à sua percepção sobre os itens e, conseqüentemente, isso impacta nas suas respostas (Hutz et al., 2015). Por isso, Pasquali (1998) recomenda a inclusão de indivíduos do público-alvo de estratos sociais diferentes (Pasquali, 1998).

A validade de construto (ou de conceito) exige uma sólida teoria sobre a natureza do construto de interesse e como ele se relaciona com outros fenômenos (Malhotra, 2012). Trata-se da forma mais fundamental de validade dos testes psicológicos, por constituir a maneira direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes (Pasquali, 2009, 2013). Para Malhotra (2012), essa validade verifica qual construto ou característica a escala está realmente medindo. Existem dois tipos principais de validade de construto, a saber: validade convergente (mede até que ponto a escala se correlaciona positivamente com medidas de construtos teoricamente relacionados); e validade divergente ou discriminante (avalia até que ponto uma medida não se correlaciona com outros construtos não relacionados) (Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Pasquali, 2007).

DeVellis (2012) afirma que a análise fatorial é uma ferramenta essencial no desenvolvimento de uma escala e a mais indicada para verificar a validade de construto, já que sua função primordial é determinar quantas categorias são suficientes para capturar a maior parte das informações contidas no conjunto de itens. Em consonância, Hair Júnior et al. (2009) consideram que o objetivo desta técnica é encontrar um modo de resumir ou condensar os dados contidos em diversas variáveis em um conjunto menor de fatores com uma perda mínima de informações. Este procedimento estatístico pode ser de dois tipos: 1) Análise Fatorial Exploratória (AFE), que permite obter informações a respeito do número de fatores necessários para a melhor representação dos dados; ou 2) Análise Fatorial Confirmatória (AFC), a qual irá confirmar ou rejeitar uma hipótese previamente estabelecida (Hair Júnior et al., 2009; Hutz et al., 2012). Nesse sentido, através das análises fatoriais, é possível identificar quais itens têm

pertinência estatística com relação ao construto avaliado, eliminando-se, assim, os itens não pertinentes (Hair Júnior et al., 2009; Pasquali, 2010; Reppold et al., 2014).

A validade de critério de um instrumento está relacionada ao nível de eficácia que ele tem em predizer um desempenho de um sujeito em tarefas especificadas (Hutz et al., 2015; Pasquali, 2009). De maneira semelhante, para Malhotra (2012), “a validade critério reflete se uma escala funciona conforme o esperado em relação a outras variáveis escolhidas como critérios significativos (variáveis de critério)” (p. 231). A fim de verificá-la, o pesquisador deve avaliar a relação entre os escores obtidos no teste em questão àqueles resultantes do teste que servirá de critério (Hutz et al., 2015). Assim, há a necessidade de utilizar técnicas que são independentes do próprio instrumento recém-desenvolvido (Pasquali, 2009). Dependendo do tempo entre a aplicação da escala a ser validada e as informações sobre o critério, a validade de critério pode ser classificada como concorrente ou concomitante (caso a aplicação da nova escala aconteça simultaneamente à coleta dos dados do critério) ou preditiva (caso a obtenção destas informações ocorra em momentos distintos) (DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Pasquali, 2007, 2009; Reppold et al., 2014). Nesta avaliação, independente do tipo a ser utilizado, é necessário definir um critério adequado e medi-lo independentemente do próprio teste. Dentre os critérios normalmente utilizados, citados por Pasquali (2009), destacam-se: desempenho acadêmico, em treinamento especializado ou profissional, diagnóstico psiquiátrico ou subjetivo, e outros testes disponíveis.

Além de válido, ainda é necessário que o teste seja confiável, de maneira a produzir resultados consistentes quando realizadas repetidas mensurações da característica latente (Pasquali, 2009). Esta avaliação é importante já que a replicação de estudos é um aspecto fundamental na ciência (Hutz et al., 2015). Conceitualmente, a confiabilidade de uma escala, também chamada de fidedignidade, precisão, homogeneidade ou estabilidade, refere-se à consistência dos dados frente aos mesmos procedimentos de testagem em indivíduos ou em grupos, quando as condições de padronização são mantidas (Pasquali, 2009, 2010; Reppold et al., 2014). No mesmo sentido, para Malhotra (2012), esta qualidade mostra até que ponto uma escala produz resultados consistentes se as medidas forem tomadas repetidamente. Quanto mais similares forem os escores dos respondentes em aplicações distintas, maior será a confiabilidade do teste (Hutz et al., 2015). Assim, entende-se que a análise da confiabilidade dos escores de um teste estima o grau de flutuação esperado dos escores em aplicações subsequentes.



Dessa forma, um conceito que está relacionado à confiabilidade é o erro de medida, o qual está presente nas avaliações e é o responsável por tal flutuação (Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Pasquali, 2010). Assim, o escore obtido pelo participante pode ser diferente do verdadeiro devido aos erros de mensuração. Alguns deles podem ser aleatórios, podendo reduzir o desempenho, como fadiga, fome, ruídos perturbadores, ou aumentando o desempenho dos participantes, por exemplo, sorte ou conhecimento prévio. Existem ainda erros sistemáticos, os quais afetam todos os respondentes igualmente e de forma constante (Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012). É possível estimar a confiabilidade e, portanto, também o erro de medida. Para tanto, é recomendada a utilização de técnicas multivariadas. Dentre as mais citadas para realizar o cálculo da confiabilidade de um teste estão: correlação teste-reteste, fidedignidade de formas alternadas, análise da consistência interna, duas metades e fidedignidade do avaliador (Alexandre & Coluci, 2011; DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Pasquali, 2009).

O teste-reteste consiste na correlação dos escores de um mesmo respondente submetido ao mesmo teste em duas ocasiões diferentes, ou seja, ele avalia a estabilidade dos escores ao longo do tempo (DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Pasquali, 2009, 2010). O objetivo é garantir que as respostas não sejam muito variadas nos dois momentos, de modo que a medida tomada em qualquer instante seja confiável (Hair Júnior et al., 2009). Este valor pode variar de -1 a +1, sendo que quando se obtém valores superiores a 0,80, o teste é considerado com alta confiabilidade (Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012). Vale ressaltar que existem alguns pontos fracos na utilização dessa estratégia, como: em períodos curtos de aplicação os participantes podem lembrar as respostas dadas anteriormente, eventos significativos experienciados entre a primeira e a segunda aplicação e o efeito aprendizagem (Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012). Por isso, é recomendada a utilização da confiabilidade teste-reteste juntamente com outras abordagens.

Uma segunda maneira de se avaliar a confiabilidade de uma escala, chamada de fidedignidade de formas alternadas, consiste na administração de duas formas equivalentes do teste no mesmo indivíduo em dois momentos distintos (DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Pasquali, 2010). Apesar da semelhança com o teste-reteste, nesta abordagem há a necessidade de se produzir dois testes com número de itens, formato, dificuldade ou atratividade, instruções e domínios avaliados idênticos (Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012). Os escores devem ser correlacionados para avaliar a confiabilidade. Apesar de reduzir as chances de

treinamento, a construção de uma escala equivalente é dispendiosa (Malhotra, 2012; Pasquali, 2010).

Outra possibilidade para verificar a confiabilidade do teste consiste na análise da consistência interna (DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Pasquali, 2010). Neste caso, deve-se aplicar o instrumento uma única vez e, geralmente, é realizada através do alfa de Cronbach (Pasquali, 2010). Pesquisa de revisão recente desenvolvida por Morgado et al. (2017) identificou que a maioria dos estudos de criação de escalas utilizam este indicador como principal medida da confiabilidade. A ideia relacionada a esta avaliação é que os itens ou indicadores individuais da escala devem medir o mesmo construto e, assim, serem altamente intercorrelacionados (Hair Júnior et al., 2009; Pasquali, 2010). Os valores podem variar de 0 a 1, sendo que 0,60 e 0,70 é o limite inferior geralmente aceito para Malhotra (2012) e DeVellis (2012), respectivamente. Valores próximos à 0,80 são considerados bons e, acima de 0,90, são avaliados como excelente (DeVellis, 2012; Hair Júnior et al., 2009; Hutz et al., 2015).

Ainda é possível verificar a confiabilidade através do método *split-half* (meio a meio ou duas metades), o qual consiste em separar o teste em duas partes e calcular a correlação entre elas (DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Pasquali, 2010). No caso de um valor alto, pode-se considerar que o instrumento é confiável. Contudo, a maneira de se dividir a escala pode ser considerado um problema. A predominância de itens relevantes em uma das metades pode comprometer a avaliação da confiabilidade por esse método (Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012).

Por fim, uma última maneira de avaliar a confiabilidade de um teste é denominada fidedignidade do avaliador e é recomendada quando a coleta dos dados pode estar mais sujeita à vieses do aplicador (Hutz et al., 2015). Existem escalas que devem ser preenchidas pelo próprio avaliador, e não pelo participante. Nestes casos, a confiabilidade interavaliador será satisfatória se diferentes pessoas coletarem os dados de um mesmo indivíduo e obtiverem resultados semelhantes (Keszei, Novak, & Streiner, 2010). E ainda existe a confiabilidade intraobservador que avalia o nível de consistência no mesmo observador ao se avaliar determinada medida (Fernández, Armas, Gallego, Casbas, & García, 2005). Com relação aos valores do coeficiente, pode variar de 0 a 1, e, em geral, segue os critérios para a confiabilidade teste-reteste (Keszei et al., 2010).

De acordo com Malhotra (2012), uma medida perfeitamente válida, também será perfeitamente confiável. Corroborando com esta ideia, Hutz et al. (2015) apontam que, se um teste apresentar baixa fidedignidade, ao mesmo tempo, não será válido, pois não mede adequadamente o construto de interesse. Sendo assim, a confiabilidade ou a validade de uma escala, sozinhas, não são características suficientes para o apropriado uso da mesma. Portanto, recomenda-se a avaliação de ambas qualidades psicométricas: validade e confiabilidade.

Vale ressaltar que, dependendo da população do estudo, do modo de aplicação do instrumento, do tamanho amostral, por exemplo, as propriedades psicométricas da escala podem variar, já que não são características estáticas (Coluci et al., 2015). Dessa forma, futuros pesquisadores que se interessem em utilizar a nova ferramenta devem verificar o comportamento da mesma frente à população de interesse.

A partir do exposto, é essencial para pesquisadores que estejam interessados no desenvolvimento de uma nova escala, compreender, analisar e seguir sistematicamente o processo recomendado, a fim de obter um produto apropriado. Ademais, como a robustez dos resultados de um estudo depende do instrumento utilizado, os interessados na utilização de escalas devem estar atentos ao processo de criação, bem como às qualidades psicométricas da mesma.

## CAPÍTULO 2: DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Neste capítulo, a caracterização e os aspectos éticos da presente tese foram apresentados inicialmente. Em seguida, relatou-se o percurso metodológico, os resultados e a discussão de cada uma das quatro etapas do processo de desenvolvimento e avaliação psicométrica da “Escala de Autoaceitação para Gestantes” e da “Escala de Autoaceitação para Mulheres no Pós-parto” (Geração dos itens, Análise teórica dos itens e Análise empírica e psicométrica dos itens). Em cada uma dessas etapas, buscou-se expor a metodologia de pesquisa de forma minuciosa, procurando explicar quem foram os participantes incluídos, os procedimentos de coleta de dados adotados e as técnicas de análise dos dados utilizadas. Vale ressaltar que os resultados de uma etapa interferiram diretamente na fase seguinte. Sendo assim, os resultados e a discussão foram apresentados na sequência da descrição dos procedimentos dos procedimentos para a criação das novas escalas.

Salienta-se que a divisão em duas escalas avaliativas da autoaceitação, sendo uma para gestantes e a outra para mulheres no pós-parto, aconteceu apenas ao final da realização dos pré-testes. Dessa forma, a primeira (Criação dos itens) e a segunda (Análise teórica dos itens) etapas consideraram as escalas como sendo uma única. Assim, nestas etapas iniciais, acreditava-se em apenas um instrumento que contemplasse todo o período perinatal. Entretanto, no transcorrer da pesquisa, frente aos resultados apresentados, verificou-se a necessidade de dividir as escalas a fim de que elas pudessem reproduzir as especificidades de cada público.

### 2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este projeto possui características de métodos mistos de pesquisa (Thomas, Nelson, & Silverman, 2012). Segundo os autores, determinados problemas de pesquisa podem ser melhor respondidos a partir da combinação das abordagens qualitativas e quantitativas. Para a presente tese, foi utilizado o método misto sequencial, no qual inicialmente foi realizado um estudo de

natureza qualitativa, seguido por uma investigação de caráter quantitativo. Salienta-se que, neste tipo de combinação, os resultados da primeira parte influenciam o que acontecerá na sequência.

## 2.2 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi desenvolvido somente após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), de acordo com a Resolução 466/12, através do número de inscrição 50474115.1.0000.5147, parecer número 1.376.707 (ANEXO I).

Foram desenvolvidos três Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLEs), sendo um para cada etapa da pesquisa. Dessa forma, as gestantes que participaram da etapa da geração dos itens – grupos focais – assinaram ao TCLE, o qual continha informações tais como: “...você irá participar de um grupo focal com a duração aproximada de uma hora e meia”, “Essa conversa será gravada e filmada”. Estes elementos não estavam presentes nos demais TCLEs, já que não correspondiam a procedimentos destas etapas. Dessa forma, cada TCLE incluía explicações específicas para cada momento da pesquisa.

Contudo, em todos os TCLEs, as voluntárias foram informadas de que não teriam nenhum custo, nem receberiam qualquer vantagem financeira, podendo as mesmas retirarem seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Através da assinatura, elas confirmaram a presença voluntária na pesquisa. Vale ressaltar que o anonimato das participantes foi garantido e que os dados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por cinco anos.

## 2.3 PRIMEIRA ETAPA: GERAÇÃO DOS ITENS

A primeira etapa da presente tese teve como objetivo compor um conjunto inicial de itens para fazer parte de um instrumento avaliativo da autoaceitação de gestantes e mulheres no pós-parto, bem como desenvolver as informações gerais (título, sigla, instruções, formato e escore total) da nova escala.

### 2.3.1 Métodos

Essa fase caracterizou-se como qualitativa e descritiva, envolvendo procedimentos que forneceram suporte para a geração inicial dos itens e das informações gerais da nova escala. Esse processo ocorreu através da combinação de duas abordagens: 1) dedutiva, a qual leva em consideração informações provenientes da literatura e escalas prévias; e 2) indutiva, a qual tem como base os depoimentos de indivíduos da população para a qual o instrumento está sendo criado (Alexandre & Coluci, 2011; DeVellis, 2012; Morgado et al., 2014b; Morgado et al., 2017).

Para a abordagem dedutiva, levou-se em consideração a literatura relacionada ao tema. Sendo assim, foi feito um levantamento de artigos e de autores-chave nas áreas de autoaceitação, imagem corporal positiva, gestação, pós-parto e construção de escalas. Ressalta-se que, de acordo com o estudo de revisão desenvolvido por Morgado et al. (2017), esta abordagem tem sido muito utilizada para a geração de itens de diversos estudos de construção de novas escalas.

A abordagem indutiva foi operacionalizada através da realização de grupos focais. Este se caracteriza como uma discussão que produz um tipo particular de dados qualitativos gerados via interação grupal (Breakwell, Hammond, Fife-Schaw, & Smith, 2010). Nesta técnica, as gestantes e as mulheres no pós-parto foram reunidas para discutir e refletir sobre experiências pessoais e temas relacionados ao corpo. Dessa forma, foram geradas ideias e a pesquisadora responsável teve como foco captar atitudes, conceitos, sentimentos, crenças, experiências e reações sobre o tema em foco.

#### 2.3.1.1 Participantes

Nesta etapa, a amostra foi constituída por gestantes e mulheres no pós-parto que frequentavam um consultório particular de Ginecologia e Obstetrícia da cidade de Juiz de Fora/Minas Gerais (MG). Foram incluídas mulheres adultas (acima de 18 anos), que aceitaram ser voluntárias da pesquisa e tiveram disponibilidade de participar da mesma.

Foram realizados quatro grupos focais, sendo três constituídos por gestantes e um por mulheres no pós-parto. As grávidas foram divididas em três grupos com base no trimestre gestacional (G1: da 1<sup>a</sup> a 12<sup>a</sup> semana de gestação; G2: da 13<sup>a</sup> a 25<sup>a</sup> semana de gestação; e G3: da 26<sup>a</sup> semana de gestação em diante; Brasil, 2012). Além disso, mulheres de até seis meses da data do parto constituíram o quarto grupo (G4). Este limite foi estabelecido devido ao entendimento que trata-se de um período que contempla alterações na rotina biopsicossocial da mulher. Somado a isso, este é o tempo em que ela se encontra comumente focada no bebê, o qual é amplamente dependente dela, sobretudo, devido à alimentação que deve ser realizada exclusivamente com leite materno. E, no caso daquelas que trabalham fora de casa, elas ainda não retornaram ao mercado de trabalho, segundo a Lei 11.770 de nove de setembro de 2008, a qual regulamenta o período de licença maternidade estendida no Brasil (Angher, 2017).

No total, 48 gestantes dos três períodos gestacionais e 17 mulheres no pós-parto foram convidadas a participar. Todavia, somente 34 concordaram com a participação (nove de cada trimestre gestacional e sete no pós-parto). Aquelas que se recusaram a integrar a pesquisa alegaram indisponibilidade na data marcada para os encontros devido a, principalmente, trabalho, viagem ou por morar fora da referida cidade. Além disso, ainda tiveram mulheres que, mesmo após o aceite, não puderam comparecer no dia marcado para o encontro por motivo de indisposição física, dela ou do bebê recém-nascido. Sendo assim, participaram, no total, seis gestantes do primeiro trimestre, cinco do segundo, três do terceiro entre 28 e 40 anos, com média de idade de 33,43 anos [Desvio Padrão (DP) = 3,76], e quatro mulheres no pós-parto, entre 28 e 35 anos [Média (M) = 33,33; DP = 3,53].

### 2.3.1.2 Procedimentos de coleta de dados

Como procedimento de coleta de dados utilizou-se a técnica de grupo focal. Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato com um consultório particular de Ginecologia e Obstetrícia do município, selecionado por conveniência. Foi explicado ao médico os objetivos e os procedimentos da pesquisa. Após o consentimento do mesmo, ele forneceu o contato telefônico de mulheres gestantes e no pós-parto atendidas no consultório. Dessa forma, elas receberam o

convite para participar da pesquisa através de ligação telefônica. Nesta oportunidade, foram fornecidas informações quanto aos objetivos e procedimentos do estudo, bem como esclarecimento a respeito das gravações em áudio e vídeo dos encontros. Essas gravações se justificam, segundo Breakwell et al. (2010), devido à necessidade de extrair dados, tanto da comunicação verbal quanto da não verbal, assim como possibilita o retorno aos dados sempre que for considerado necessário pelo pesquisador, evitando, assim, a perda de informações.

Além disso, no caso das gestantes, elas informaram a idade gestacional e a pesquisadora avisou sobre o dia, horário e local da realização do respectivo grupo focal. No caso das mulheres no pós-parto, elas responderam sobre a data do parto e, quando atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa estavam no prazo estipulado da pesquisa (até seis meses após o parto), foram incluídas e informadas sobre o dia, horário e local do encontro.

Vale ressaltar que cada mulher participou de apenas um grupo focal. No início de cada encontro, o TCLE específico desta etapa (ANEXO II) foi lido em conjunto e possíveis dúvidas foram esclarecidas. Através da assinatura do mesmo, elas confirmaram a participação voluntária. Todos os grupos contaram com a presença de quatro pesquisadoras: duas moderadoras com experiência prévia com grupo focal, uma observadora e uma assistente de pesquisa. É importante ressaltar que as pesquisadoras envolvidas tiveram um papel fundamental como fomentadoras da discussão e ouvintes, já que o silêncio também é um poderoso meio de conseguir que as pessoas falem (Breakwell et al., 2010). Dessa forma, as pesquisadoras fizeram o mínimo de interrupções e com o máximo de atenção e envolvimento.

Com relação ao conteúdo abordado nos grupos focais, questões foram previamente planejadas em um “guia do moderador”, o qual teve como objetivo orientar a discussão e permitir que novas opiniões surgissem durante as reuniões (Barbour, 2009). Como exemplo de questões, pode-se citar: *Para vocês, qual é o significado de estar grávida/de ser mãe? O que é mais importante para vocês nesse momento? Quais sentimentos lhes são confortáveis? E quais são desconfortáveis?* Entre outras. Vale ressaltar que o guia do moderador se diferenciou em algumas questões para os grupos de gestantes (ANEXO III) e para aquele constituído por mulheres no pós-parto (ANEXO IV).

Os grupos tiveram duração aproximada de 120 minutos, seguindo orientação de Breakwell et al. (2010), a qual indica que a duração dos encontros para adultos deve ser entre uma e duas horas. Ademais, todas as sessões foram realizadas no Laboratório de Estudos do



Corpo (LABESC) na Faculdade de Educação Física e Desportos (FAEFID) na UFJF, por ser considerado um local reservado, silencioso e confortável.

### 2.3.1.3 Análise dos dados

A primeira etapa da análise dos dados contou com a transcrição na íntegra de todas as gravações de áudio e vídeo referentes aos encontros. Para analisar os dados dos grupos focais, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Segundo a autora, as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em três fases: 1) pré-análise – refere-se a operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais; 2) exploração do material – consiste na decomposição, codificação ou enumeração dos dados em função de regras previamente formuladas; 3) tratamento dos resultados e interpretação – caracteriza-se pela realização de inferências. A partir da leitura, as falas foram agrupadas em categorias, configurando a análise de conteúdo categórica. Vale ressaltar que as categorias foram agrupadas por temas semelhantes, configurando a técnica de análise de conteúdo temática (Bardin, 2011).

A fim de preservar a identidade das mulheres, seus nomes foram ocultados e cada uma recebeu um código de identificação composto pelo número da participante (P1 a P18), seguido pelo número do grupo (G1: primeiro trimestre; G2: segundo trimestre; G3: terceiro trimestre; e G4: pós-parto).

## 2.3.2 Resultados e Discussão

A partir da análise dos dados, foi desenvolvido um conjunto inicial dos itens, bem como as informações gerais (título, sigla, formato, instruções às participantes e score total) da nova escala (ANEXO V). Juntamente com a revisão de literatura e consultas a escalas prévias, a análise de conteúdo categórica temática proporcionou a formação de quatro grandes categorias como constituintes da autoaceitação de gestantes e mulheres no pós-parto, a saber: 1)

Sentimentos e crenças de aceitação corporal; 2) Comportamentos de aceitação corporal; 3) Aceitação da gravidez ou da maternidade; e 4) Filtro cognitivo de proteção. Cada uma dessas categorias deu origem a um fator para a nova escala, os quais serão descritos e discutidos a seguir.

### 2.3.2.1 Sentimentos e crenças de aceitação corporal

A autoaceitação envolve atitudes boas e saudáveis em relação a si mesmo (Morgado et al., 2014a; Sheerer, 1949; Williams & Lynn, 2011). Trata-se de uma consciência de atributos próprios, sendo eles positivos ou negativos (Morgado et al., 2014a; Williams & Lynn, 2011) e de se aceitar de forma plena e incondicional (Chamberlain & Haaga, 2001). Em adição, refere-se a uma característica de indivíduos que avaliam adequadamente seus atributos eficientes e ineficientes, valorizam os aspectos positivos e aceitam aqueles negativos (Morgado et al., 2014a; Williams e Lynn, 2011).

Segundo Morgado et al. (2014a), aceitação corporal é uma das principais características inerentes de uma pessoa que aceita a si mesma. Aceitar o próprio corpo é expressar amor e conforto com o mesmo, ainda que não esteja completamente satisfeito com todos os seus aspectos (Tylka, 2011). Compreende ainda, a apreciação dos recursos, da funcionalidade e da saúde do corpo. Ou seja, apreciação do corpo não é apenas gostar da sua aparência, caso esta se configure de acordo com o ideal de corpo cultural. Pelo contrário, envolve admirar o corpo devido às suas capacidades únicas e o que ele representa (Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Nesse sentido, as autoras esclarecem que não se trata de seguir ideais socioculturais, fazendo o que for preciso para atingir e manter uma aparência inconsistente com as próprias características físicas. Neste caso, o resultado pode representar narcisismo e vaidade. Em contrapartida, amar o corpo pelo que ele pode fazer e aceitar suas características físicas e únicas são atitudes representantes de um quadro de aceitação corporal (Avalos et al., 2005; Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a).

No estudo de Wood-Barcalow et al. (2010), a aceitação corporal foi expressa através de emoções (sentimentos), pensamentos (crenças) e comportamentos protetores para com o próprio

corpo. Este último será melhor desenvolvido no próximo fator. A subescala “Sentimentos e crenças de aceitação corporal” engloba atitudes de amor, felicidade, apreciação, pensamentos e expectativas quanto a diferentes aspectos corporais e com o corpo como um todo.

A partir das falas das participantes deste estudo, vários sentimentos e crenças voltados à própria aparência se fizeram presentes. Em um caminho positivo, verificou-se satisfação e apreciação corporal, mesmo diante das alterações físicas; confortabilidade diante do corpo atual; reconhecimento dos aspectos peculiares de si mesma; e valorização da funcionalidade do corpo. A fim de exemplificar, os relatos a seguir fazem alusão a essa questão:

Apesar de todas as mudanças, eu estou me achando uma mãe bonita. (P6; G1)

Eu gosto da barriga. Isso aqui é novo. Não tinha barriga não, isso aqui é muito bacana. Olhar para a barriga e saber que tem um indivíduo aqui dentro e que você tem e vai ter uma responsabilidade tremenda. Isso é bem bacana. (P13; G3)

Acreditar que o corpo é digno de elogios e que tem boas qualidades, ter pensamentos positivos e expressar confiança a respeito do mesmo são características de um panorama de aceitação corporal. As frases a seguir exemplificam algumas dessas características:

Eu pelo menos penso assim: que meu corpo vai mudar muita coisa. Tudo bem para mim (P6; G1)

Eu adoro me olhar no espelho. Eu falo: “Estou linda!” (P11; G2)

Assim, mulheres que se aceitam corporalmente se sentem bonitas, confortáveis, confiantes e felizes com os seus corpos e com partes específicas deles (Avalos et al., 2005; Tylka, 2011). Estas autoras apontam que, muitas vezes, esta aceitação é expressa como um brilho exterior. Todavia, relatos com esta perspectiva positiva não foram unânimes. Também foi possível identificar sentimentos negativos, tais como: incômodo, preocupação constante, angústia e perturbação.

Eu sempre lia sobre o “brilho da gestante”. O que eles chamam de *glow*. Que a gestante irradia um brilho maravilhoso. Falei que o meu pulou. Eu não tive essa fase não. De irradiar esse brilho de gestante não. (P8; G2)

Me assusta ver meu corpo crescendo. Me assusta olhar no espelho e ver que a minha barriga está maior, que a minha calça jeans não fecha. Estou muito assustada com essas larguras. (P11; G2)

Eu fiquei um horror. Falam que a pele melhora. Que o cabelo melhora. O meu piorou. Então assim, não é um conto de fadas. Eu nunca me preocupei com o meu corpo. Agora eu estou preocupando. Porque assim eu nunca ganhei peso. Pelo contrário, eu só perdia. Então assim, o ganho de peso preocupa, a questão do cabelo que mudou, a pele. (P12; G3)

Eu grávida, eu também me olhava no espelho, me achava bonita. O cabelo brilhoso. É verdade. Mas agora realmente... não tem nada. Não tem uma coisa que eu olhe e fale assim: ‘Nossa, estou com a perna bonita. Ou estou com alguma coisa bonita.’ (P15; G4)

No casos em que o foco está no desejo de perder rapidamente o peso ganho durante a gestação, as mulheres apresentam sentimentos e crenças acerca da aparência física e motivação para alteração do corpo. Patel et al. (2005) verificaram que o pós-parto foi enfatizado como um período associado a sentimentos negativos devido às preocupações e expectativas que as mulheres tinham sobre recuperar suas dimensões corporais pré-gestacionais. Os relatos que corroboram esta questão:

Eu acredito que eu possa ter dificuldade para perder porque a minha família é uma família grande, caderuda, mas eu não quero ser. Eu vou correr atrás depois. (P11; G2)

Eu achei que meu corpo fosse voltar muito rápido. Mas é frustrante. (P17; G4)

De modo semelhante, controvérsias sobre as próprias atitudes durante a gestação e o pós-parto foram apontadas em estudo prévio. Harper e Rail (2011) identificaram que, ao mesmo

tempo em que houve mulheres que admiravam o corpo e as suas capacidades, desfrutando das mudanças físicas, outras o achavam desconfortável e estranho. Meireles et al. (2015a) e Walker et al. (2015) igualmente apontaram dados inconclusivos quanto à satisfação ou insatisfação no período gestacional e pós-parto. Dessa forma, gestantes e mulheres no pós-parto que possuem afetos positivos de aceitação corporal, tenderão a ter maiores níveis de autoaceitação. Ao contrário, quadro de não aceitação do próprio corpo aponta para a propensão de autoaceitação mais baixa.

Salienta-se ainda que alguns sentimentos e crenças, positivos e negativos, foram direcionados a partes específicas corporais, como rosto, seios e, principalmente, barriga. Estudo prévio desenvolvido por Harper e Rail (2011) apontou que as mulheres expressaram que o ganho de peso era um pouco mais aceitável se o peso fosse distribuído para o estômago, quadris e nádegas quando comparado ao aumento de rosto ou braços. As falas a seguir convergem com estes achados anteriores.

Antes [da gravidez], eu olhava [no espelho] só quando tinha que passar uma maquiagem mesmo ou trocar uma roupa para ver se está legal e tudo. Agora eu vejo mais, mas só a barriga. Não vejo o resto não. Só a barriga. Fico só admirando a barriga. (P2; G1)

Eu já falo que meu rosto já está igual uma broa e eu estou que nem uma abóbora. (P5; G1)

Eu gostei muito do meu peito. Cresceu bastante. E cresceu mesmo. Eu falei: “Meu Deus!” Está bom! O bumbum até que eu gostei porque ele também aumentou um pouquinho. (P10; G2)

Estou insatisfeita com os braços. Eu olho nas fotos e eu acho que meus braços alargaram. (P11; G2)

Se o meu rosto tivesse detonado com a gravidez, a minha autoestima teria diminuído. Não estaria como está agora. Questão de pele. Aparência do rosto. (P14; G3)

Cabelo não fica bom. Porque não pode fazer a tal da progressiva, né?! Só pode andar com ele preso. Jogar creme para ficar tudo para trás se não

fica todo arrepiado. É uma coisa que está me incomodando muito. Até mais que as espinhas. (Participante 4)

É importante destacar que se julgou necessária a criação de alguns itens semelhantes e outros diferenciados para gestantes e mulheres no pós-parto, devido à especificidade de cada momento. A partir das falas das participantes dos grupos focais, foi possível perceber que alguns sentimentos e crenças de aceitação corporal se assemelhavam entre as mães nas diferentes etapas. Contudo, outras situações eram específicas de diferentes fases da gestação ou do pós-parto. Durante o período gravídico, inclusive, acreditou-se ser coerente diferenciar alguns itens quanto à idade gestacional. Este foi o caso, por exemplo, do item: “Minhas expectativas são positivas quanto ao tamanho de meu corpo no final da gestação.”, o qual é válido para o primeiro e segundo trimestre, mas inconsistente para o terceiro trimestre, pois a mulher já está no “final da gestação”, e para aquelas no pós-parto, pois elas já passaram deste momento. Relatos semelhantes aos reproduzidos abaixo foram presentes nos grupos focais do primeiro e segundo trimestre.

Já percebi muitas mudanças. Isso porque está no começo. Imagina quando tiver lá no finalzinho... (P5; G1)

Mas eu não sei como eu vou me sentir a hora que a barriga crescer... (P9; G2)

Somado ao quadro teórico e às falas das participantes nos grupos focais, alguns itens do fator “Sentimentos e crenças de aceitação corporal” foram desenvolvidos com base em duas escalas prévias, sendo elas: BAS (Avalos et al., 2005) e BAS-2 (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Ambos os instrumentos tem como finalidade a avaliação da imagem corporal positiva. Os itens selecionados correspondem às emoções e crenças direcionadas à aceitação corporal. Alguns pequenos ajustes foram realizados a fim de dar ênfase ao corpo atual das mulheres. No total, foram utilizados seis itens, sendo cinco da BAS e um da BAS-2, como pode ser verificado no Quadro 1. Os relatos a seguir são alguns exemplos que corroboram com a inclusão dos mesmos:

A partir do momento que você não tem uma patologia, você não está doente, você deve se sentir bem dentro da sua casa que é o seu corpo. (P14; G3)

Então, essa relação de dependência existe e que para ele estar bem, eu preciso estar bem também. A gente precisa se cuidar e eu me anulei muito nisso, né?! (P17; G4)

Eu acho que você tem que se respeitar, respeitar a individualidade do outro. (P9; G2)

Minha autoestima deu uma levantada com a gravidez, eu acho. (P14; G3)

Apesar de todas as mudanças, eu estou me achando uma mãe bonita. (P6; G1)

A partir do exposto, entende-se que, na medida em que a gestante ou a mulher no pós-parto possui sentimentos e crenças positivas a respeito do seu próprio corpo, ela demonstra indícios de autoaceitação. Assim, foram pensados 51 itens que poderiam refletir o fator “Sentimentos e crenças de aceitação corporal” de gestantes e mulheres no pós-parto. O Quadro 1 apresenta estes itens, bem como o suporte teórico que justificaram a sua criação.

**Quadro 1:** Hipótese inicial de itens do Fator “Sentimentos e crenças de aceitação corporal”.

Item	Descrição dos itens	Suporte teórico
2	Gosto muito da imagem que vejo ao olhar o meu corpo no espelho.	Avalos et al. (2005); Harper & Rail (2011); Morgado et al., (2014a); Sheerer (1949); Tylka (2011); Tylka & Wood-Barcalow (2015a); Williams & Lynn, (2011); GF.
5	A todo o momento, tenho pensamentos positivos em relação a minha aparência corporal.	
6	Gosto muito de usar roupas que mostrem minha silhueta atual.	
7	De uma forma geral, estou satisfeita com meu corpo.	
8	Meu corpo é muito lindo, mesmo depois do aumento de suas dimensões por causa da gravidez.	
10	Sinto-me muito incomodada pelas limitações de alguns cuidados estéticos comigo mesma durante esse período de minha vida (como pintar ou realizar tratamentos químicos no cabelo, fazer tratamento químico na pele de meu rosto, etc).	
11	Sinto-me muito bem com o corpo que tenho agora.	
17	O aspecto do meu rosto, neste momento, me agrada muito.	

24	Gosto muito do tamanho de meus seios.
25	Sinto-me muito incomodada pelo fato de minhas roupas não estarem me servindo mais.
27	Eu acho que meu corpo merece ser elogiado.
28	Sinto muito incomodada por ter limitado meu tempo para investir nos meus cuidados estéticos (como pintar as unhas, hidratar o cabelo, etc).
29	Eu aprecio as características diferentes e únicas de meu corpo atual.
35	Tenho expectativas de que meu corpo retorne rapidamente, após o parto, ao que era antes de ficar grávida.
38	Estou feliz pelas mudanças que percebo em meu corpo (ou nas dimensões de meu corpo).
39	Eu aprecio a função que meu corpo está desempenhando.
41	Preocupo-me constantemente com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar meu corpo menos atraente.
43	Muitas vezes penso tanto na minha aparência que esqueço o que é bom para o bebê.
45	Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando uma gestante muito bonita.
50	Depois do nascimento de meu filho, penso em fazer uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como na mama, no abdome, bumbum, etc).
51	Gosto muito de tirar fotos que destacam minha barriga.
55	A - Primeiro Trimestre: Após o parto, espero perder rapidamente o peso que eu estou ganhando ou vou ganhar na gestação. B - Segundo Trimestre: Após o parto, espero perder rapidamente o peso que eu estou ganhando na gestação. C - Terceiro Trimestre: Após o parto, espero perder rapidamente o peso que eu ganhei na gestação.
59	Enquanto grávida, pretendo conseguir um corpo que eu considero ideal.
62	Espero feliz pelas mudanças que ainda virão em meu corpo (ou nas dimensões de meu corpo) antes de meu filho nascer.
65	Aprecio as fotos que destacam meu corpo de grávida.
66	A - Primeiro Trimestre: Em tão pouco tempo da gestação, sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo está enorme! B - Segundo Trimestre: Sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo está enorme! C - Terceiro Trimestre: Sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo está enorme!



68	Sinto-me feliz e confortável ao ver minha barriga crescendo durante a gravidez.	
69	Aceito feliz meu ganho de peso.	
70	Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme.	
72	Logo após o parto, pretendo começar uma busca diária por um corpo magro.	
73	Meu corpo é muito atraente, mesmo com o aumento do tamanho de minha barriga.	
74	Fico preocupada porque acho que minha gravidez irá causar danos permanentes em meu corpo.	
76	A - Primeiro Trimestre: Minhas expectativas são positivas quanto ao tamanho de meu corpo no final da gestação. B - Segundo Trimestre: Minhas expectativas são positivas quanto ao tamanho de meu corpo no final da gestação.	
78	Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando uma mãe muito bonita.	
83	Assim que for possível, penso em fazer uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como na mama, no abdome, bumbum, etc).	
84	Gosto muito de tirar fotos em que apareço de corpo inteiro.	
88	Espero perder rapidamente o peso que eu ganhei na gestação.	
92	Enquanto mãe, pretendo conseguir um corpo que eu considero ideal.	
95	Estou feliz mesmo após as mudanças que ocorreram em meu corpo.	
98	Aprecio as fotos que destacam minha aparência no papel de mãe.	
99	Mesmo após o parto, sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo está enorme!	
102	Aceito feliz meu peso corporal atual.	
103	Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga flácida.	
106	Fico preocupada porque acho que minha gravidez causou danos permanentes em meu corpo.	
107	Meu corpo é muito atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade.	
4	Eu me sinto confortável no meu corpo atual.	BAS-2; GF.
14	Estou atenta às necessidades atuais de meu corpo.	BAS; GF.
18	Neste momento, eu respeito meu corpo como ele é.	
22	Minha felicidade neste período de minha vida depende de minha forma e peso corporais.	

33	Eu acho que meu corpo tem boas qualidades.	
34	Apesar de suas imperfeições, aceito meu corpo do jeito que ele é.	

Legenda: BAS = *Body Appreciation Scale*; GF = Grupo focal.  
 Fonte: A autora (2018).

### 2.3.2.2 Comportamentos de aceitação corporal

Considerando a autoaceitação como atitudes boas e positivas a respeito de si mesmo, além de sentimentos e crenças, os comportamentos saudáveis de cuidado corporal também fazem parte desse construto (Morgado, 2013; Sheerer, 1949; Williams & Lynn, 2011; Wood-Barcalow et al., 2010). Segundo Tylka (2011), dentre algumas possibilidades de comportamentos de autocuidado, estão: praticar exercício prazeroso, adotar alimentação saudável, mimar o corpo (por exemplo, massagens) de vez em quando, buscar assistência médica para efeitos de prevenção e de reparação. É válido lembrar, no entanto, que tais condutas não têm como fim a estética corporal, mas sim a atenção ao corpo devido às suas próprias necessidades (Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a).

Assim, os indivíduos que aceitam a si mesmos não julgam nem ignoram seus corpos (Cook-Cottone, 2015). Eles têm uma conexão consciente com o seu próprio corpo, o que lhes permite detectar e cumprir as necessidades do mesmo (Tylka, 2011). Há um investimento na aparência a fim de reforçar características naturais através de métodos benignos (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Essas autoras explicam que não se trata de procedimentos destrutivos de alteração da aparência para atender padrões externos, mas é uma busca pelo embelezamento que projeta a personalidade do indivíduo. Assim, acredita-se que a autoaceitação possa promover a participação em comportamentos relacionados à saúde, como exercício físico regular e alimentação saudável (Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; Wood-Barcalow et al., 2010).

A partir desse contexto teórico, foi possível identificar que “Comportamentos de aceitação corporal” se fizeram presentes nos relatos das participantes deste estudo. Inicialmente,

no que se refere à prática de exercício físico, algumas mulheres se mostraram adeptas, tendo em vista o seu próprio bem-estar, bem como a saúde do bebê.

Semana que vem estou voltando para a minha natação que eu acho que vai ser melhor para mim e para o bebê. (P2; G1)

Sabe o que meu corpo está sentindo falta? É a atividade física. É a academia. E eu estou contando os dias para voltar. Porque eu senti que o meu corpo, apesar de eu ter ficado muito cansada no começo, o meu corpo sentiu. Eu não vejo a hora de voltar. Eu não sei se eu vou voltar a fazer musculação, talvez uma atividade mais leve. Mas assim... uma caminhada, estou sentindo falta. (P4; G1)

Atividade física para mim faz bem. O tempo que eu tive que ficar fora da natação, misericórdia! Foi muito ruim. Então, voltar para atividade física, eu acho que me deu um novo vigor. Para mim foi muito positivo. Mas é uma atividade que eu já fazia tem muito tempo. A natação. (P12; G3)

Faço atividade física pelo menos uma vez por semana. Porque eu não tenho muito tempo, mas por estar grávida e eu sei que é bom, aí eu faço pelo menos uma vez por semana. Era uma coisa que eu não fazia antes. (P13; G3)

Todavia, a prática do exercício físico não foi unânime. Algumas não aderiram por recomendação médica, outras por já não serem frequentadoras antes da gravidez continuaram sem esta atividade e tiveram aquelas que, por estarem grávidas, decidiram não fazer.

Eu não sabia. Aí quando eu descobri, parei com tudo. (P2; G1)

Eu tive uma complicação que eu não posso fazer atividade física nenhuma. Tive descolamento da placenta. Então assim, repouso total. (P6; G1)

Sempre fiz academia. Sempre procurei fazer um exercício. Mas agora dá uma moleza no corpo. (P7; G2)

Eu planejava fazer pilates, caminhada, hidroginástica. E agora que estou grávida, não faço nada. Agora que deveria, eu não faço. (P10; G2)

No máximo, o que eu faço agora é o que eu sempre fiz. Subir escada, não ando de elevador. Para ir no mercado, que é perto de casa, vou a pé e volto. A preocupação fica no diário. Eu já era assim até mesmo antes da gestação. (P11; G2)

Literatura prévia indica que o exercício físico tem efeito positivo na imagem corporal dos indivíduos (Campbell & Hausenblas, 2011; Ginis & Basset, 2011). Em gestantes, os achados são similares. Boscaglia et al. (2003) e Segato et al. (2009) verificaram que a adesão a este comportamento pode tanto prevenir o ganho excessivo de peso quanto influenciar positivamente a imagem corporal da mulher no período gestacional. No estudo de Goodwin et al. (2000), grávidas que optaram por se exercitar tinham níveis de imagem corporal positiva e bem-estar psicológico maiores do que aquelas não ativas. Adicionalmente, o Ministério da Saúde (Brasil, 2012) aponta que, seguindo os princípios fisiológicos e metodológicos específicos para este público, a realização de atividade física pode proporcionar benefícios por meio do ajuste corporal à nova situação. Nesse sentido, uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente o seu parto (Brasil, 2012).

Orientações a respeito dos benefícios da prática de exercícios físicos devem ser fornecidas tanto na assistência pré-natal quanto no pós-parto (Brasil, 2012). De acordo com Walker et al. (2015), atividade física e comportamentos sedentários durante o período pós-parto podem diferir de outras fases do curso da vida devido às atividades direcionadas ao recém-nascido. Por exemplo, Wilkinson, Huang, Walker, Sterling e Kim (2004) descobriram que novas mães se sentavam em média 200 minutos a mais por dia do que os adultos fisicamente ativos. Esta diferença é susceptível de refletir a natureza inerente ao cuidado infantil, como a amamentação, que ocorre durante os primeiros meses de vida do bebê. A respeito da adesão a este comportamento no pós-parto, as falas das mulheres da presente pesquisa chamaram atenção. As participantes respeitaram (ou estavam respeitando) o tempo de resguardo recomendado pelo médico (40 dias após o parto), mas gostariam de retornar a se exercitar, principalmente, devido à estética corporal.

A minha ginecologista falou assim: ‘Olha, 40 dias não pode fazer atividade física’. Estou usando cinta. Vou ficar uns três meses com cinta e depois eu vou voltar para a atividade física. (P17; G4)

Daqui a pouco eu vou poder fazer atividade física. Eu posso correr atrás, a gente pode fazer uma massagem. Tem vários recursos. Então, também não me cobro isso agora não. Mas, mais para frente eu já fico assim: ‘Depois eu quero ficar bem, eu quero ficar gostosona. Eu vou fazer musculação.’ Eu acabo não fazendo muita coisa não. Mas só da gente pensar que você tem recurso. Que a gente pode malhar, pode correr, que a gente pode perder. Então, não fico muito preocupada não. Eu sei que... Eu estou com fé que eu vou voltar. (P15; G4)

Eu estou pensando que eu tenho até três meses para começar uma atividade física. (P16; G4)

Eu não faço isso, mas sei que tem gente que faz. Deixar o bebê para poder cuidar da estética e fazer exercício físico. (P18; G4).

Estes relatos apontam preocupação com o próprio corpo. Na amostra da presente pesquisa, as representantes do pós-parto não praticavam o autocuidado através de exercícios físicos prazerosos, bem como praticavam direcionados à aparência física. Inclusive a massagem foi apontada não como uma atividade de mimo ou carinho com o corpo, mas sim como uma forma de atingir um determinado ideal físico. Assim, considerou-se necessário a inclusão de itens a respeito de exercícios físicos no pós-parto, tais como: “Para voltar com a forma física desejada, faço exercícios físicos intensos mesmo que tenha que ficar muitas horas distante de meu bebê.” e “Para manter meu corpo em forma, faço exercícios físicos intensos sem me preocupar com a saúde de meu bebê.”. Nestes casos, tratam de itens reversos, ou seja, aquelas que responderem que concordam com estes itens, indicam menores níveis de “Comportamentos de aceitação corporal”, refletindo, também, em uma menor autoaceitação.

Além da prática de exercícios físicos, a adoção de uma alimentação saudável também é considerada uma conduta de carinho para si mesmo (Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; Wood-Barcalow et al., 2010). Assim, comer alimentos salubres e perceber os sinais de fome e saciedade são conectados com o respeito próprio, caracterizando uma prática de

autocuidado. Este quesito foi bastante recorrente nas falas das gestantes e mulheres no pós-parto. Mais uma vez, o zelo com a alimentação referia-se não só a si mesmas, mas expandia-se também para o bebê. Algumas delas alteraram seus hábitos alimentares tendo em vista a saúde do filho. As falas a seguir exemplificam estas questões.

Você quer ter uma boa alimentação porque... Mistura um pouco: para o bebê e, ao mesmo tempo, você quer engordar com saúde. (P4; G1)

Eu cortei geral refrigerante e suco de caixinha também. Eu procuro ter uma alimentação mais natural possível. Eu não era de comer legumes. Eu não comia nenhum tipo de peixe. Eu como pensando nela. A gente vai tentando se alimentar melhor por causa da gestação. (P10; G2)

O que eu mudei mesmo foi a alimentação porque eu sempre comi muito mal. Então agora, estou tentando comer direitinho. Eu comia muita porcaria, muita mesmo, e eu acho que isso não faz bem para o meu bebê. Não por questão da imagem, mas pela saúde, mais por causa dela e não por causa de mim. (P13; G3)

Eu me sinto melhor comendo mais saudável e deixando a parte que você quer exagerar, porque você também não é de ferro, para aqueles finais de semana que você está com a sua família, amigos e tudo mais. Eu me sinto melhor um pouco mais leve e o que eu faço é manter uma alimentação dentro do que eu posso manter saudável. (P14; G3)

Existe uma relação de dependência: para o meu filho bem, eu preciso estar bem também. Então, como eu amamento, tenho me alimentado melhor (P17; G4).

Eu fiz um acompanhamento com a nutricionista mais no sentido de ter uma alimentação saudável. De estar comendo o que seria importante para a gestação. Mas assim, eu não tive essa preocupação de estar engordando, de não estar... (P18; G4).

Além de exercício físico e alimentação saudável, existem outras formas de demonstrar respeito e carinho pelo próprio corpo. O estudo de Wood-Barcalow et al. (2010), por exemplo,

verificou que universitárias com imagem corporal positiva revelaram que também faziam as unhas como uma forma de autocuidado. Apesar de reconhecerem os benefícios relacionados à aparência física destes comportamentos, elas também visualizaram estas condutas como atos de bondade para com seus corpos. Na presente pesquisa, algumas relatam um sentimento de anulação com relação a outros aspectos.

Não estou usando esmalte. Minha unha está um horror. Maquiagem eu não tenho usado. Eu não tenho dado muita atenção a mim mesma. (P6; G1)

A vaidade da gente vai embora. A gente se anula realmente. Não consegui fazer unha, não consegui fazer sobrancelha. Quero ficar em casa, sabe? (P15; G4)

Eu não faço unha desde que ela nasceu. (P16; G4)

Brinco, batom, nada disso... Eu ainda não voltei a usar não. A gente fica desleixada. Eu me anulei muito. Não fui ao salão ainda, não fiz unha, não fiz depilação. Mas isso é para mim, é o meu cuidado. Eu preciso me cuidar na alimentação, por dentro, porque se não como é que ele fica? (P17; G4)

Eu tenho preguiça de arrumar. (P18; G4)

Na investigação de Andrew, Tiggemann e Clark (2014), mulheres australianas que apreciavam seus corpos faziam uso de protetor solar, realizavam o rastreio de câncer de pele, procuravam atenção médica e se engajavam menos em comportamentos de perda de peso. Similarmente, no presente estudo, devido à preocupação referente ao risco da infecção pelo Zika vírus, a maioria das participantes adotou comportamentos a fim de evitar a picada do mosquito *Aedes Aegypti* (principal transmissor da doença) (Brasil, 2016b). Dentre estes, estão: uso de blusas de mangas compridas, calças compridas, sapatos fechados, utilização regular de repelentes e, inclusive, alteração de viagens para locais de alta prevalência do vírus (Brasil, 2016b; Chen & Hamer, 2016; Hennessey et al., 2016; Higgs, 2016; Petersen et al., 2016; Schuler-Faccini et al., 2016; Torjesen, 2016), como pode ser observado nos exemplos a seguir:

O meu vestuário mudou. Eu nunca usei tênis assim. Agora eu só uso bota. Eu só fico de blusa de manga comprida. (P4; G1)

Em novembro, quando eu descobri que estava grávida, eu já tinha planejado passar o Reveillon no Rio de Janeiro. Já estava com quase tudo pago já. Eu adiei. Eu não fui. Passei para outra pessoa. Eu vou ficar dentro de casa. Desde o dia em que eu soube que eu estou grávida, eu não fui para lugar nenhum. Porque eu não vou correr o risco de ir atrás da doença, se eu posso prevenir. (P6; G1)

Uso repelente todos os dias. Já coloquei um no carro, um no banheiro para eu lembrar. (P11; G2)

Em adição, algumas mulheres que participaram deste estudo relataram que aderiram a outros cuidados estéticos devido à preocupação com a aparência física após o nascimento do filho. Pesquisa prévia de Harper e Rail (2011) indicou que as mulheres estavam preocupadas com a recuperação do corpo pré-gestacional após o nascimento de seu filho, bem como apreensivas com estrias, varizes e excesso de pele. O uso frequente de cremes e/ou óleos para estrias, por exemplo, apareceu em vários momentos nos grupos focais. Não foi aspecto unânime. Todavia, a maioria que aderiu a este comportamento tinha em mente a melhora da aparência física. Apenas uma mulher apontou a utilização do creme como uma possibilidade de fazer carinho na barriga.

Eu passo muito creme, muito óleo com medo de sair uma estria e ficar feia. Eu não quero ficar com a pele feia. Então, eu me preocupo também em relação a isso. (P10; G2)

Eu não quero que a gravidez me cause danos permanentes. Por exemplo, estria. Não quero. Então, utilizo muitos cremes. (P11; G2)

Apareceu estria? Saudações. Eu não gostaria que aparecesse, apareceu? A gente vai tentar lidar. Eu convivo com elas, como eu convivo com os meus braços, com a minha perna. Celulite então, eu nem perco meu tempo. Te juro. Não fico no espelho vendo onde saiu, onde deixou de sair. Não fico apertando para ver. (P14; G2)



Eu usei creme para estria, agora não mais. Mas eu não tive essa piração que eu acho que atinge muita gente, de estar com estria. (Participante 18)  
 Eu usei, mas nem era tanto por causa da estria. Eu passava creme para fazer carinho na barriga. (P16; G4)

Outro comportamento que faz parte de um quadro de autoaceitação são os elogios direcionados a si mesmo. Aceitar a si mesmo inclui lidar com a maneira que se é, não questionar o valor como pessoa, possuir confiança em suas habilidades para solucionar problemas, mesmo diante de falhas e contratemplos (Sheerer, 1949). Em adição, a pessoa não tenta distorcer ou esconder a existência de suas limitações, mas as aceita do modo que são (Sheerer, 1949). Concernente ao corpo, o elogio pode vir por parte daqueles sujeitos que admiram seus corpos, incluindo os aspectos que são inconsistentes com as imagens idealizadas (Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Há uma apreciação dos recursos, da funcionalidade e da saúde corporal. Assim, elogiar-se não por estar dentro de determinado ideal cultural de corpo, mas pelo que se é capaz de fazer, o que ele representa e as suas capacidades únicas.

Nesta perspectiva, é possível perceber por meio das falas das participantes que há momentos que elas se elogiam, tanto nos aspectos gerais quanto nas questões físicas. Executar as tarefas diárias, por exemplo, é motivo de congratulações. Quanto à aparência física, mesmo diante das alterações corporais, algumas têm se achado bonitas. Nestes casos, caracteriza-se um panorama de autoaceitação.

Eu me elogio todo dia. Eu estou mais bonita. Eu estou me achando bonita. (P6; G1)

Eu tenho me elogiado. Estou dando conta. (P15; G4)

Eu me autoelogio perante a gravidez hoje. Eu vejo que eu tento fazer o melhor, me alimentar melhor. Então, eu me autoelogio em questão disso. (P16; G4)

Todavia, por meio dos relatos, pode-se também identificar autocríticas e autocobranças. Ao invés de confiarem na habilidade de resolver determinada situação problema, por exemplo,

parece que algumas se questionam sobre seu próprio valor e suas capacidades para desempenhar tal função. Esta condição não corrobora com uma descrição de autoaceitação.

Eu não tenho me elogiado não. Eu tenho me cobrado. Igual minha filha começou a inserir fruta. Fruta é muito difícil. Cospem tudo. Uma confusão. Uma sujeirada. Aí eu fico me cobrando. Porque a minha mãe fica falando: ‘Porque você comia banana, comia isso, comia aquilo’. Eu falei: ‘Não é possível. Eu estou fazendo tudo errado. Devo ser uma péssima mãe’. (P18; G4)

É válido salientar outros comportamentos recorrentes no discurso das participantes deste estudo. São eles: checagem corporal, evitação de exposição corporal ao próprio olhar e ao olhar do outro e comparação do corpo com outras gestantes ou mulheres no pós-parto. Entende-se que mulheres que conferem o peso excessivamente, verificam com muita frequência as dimensões corporais no espelho, evitam se olhar no espelho ou tirar fotos, privam-se de roupas por destacarem as formas físicas ou comparam-se deliberadamente com outras pessoas, se distanciam do entendimento de um quadro de autoaceitação. Por terem sido situações que se sobressaíram nos grupos focais, elas foram incluídas nos itens da escala, sendo que possuem escore reverso. Ou seja, caso a respondente avalie que adota tais comportamentos, o escore total na subescala “Comportamentos de aceitação corporal” será menor, bem como na escala como um todo, representando uma menor autoaceitação. As falas a seguir exemplificam estas questões.

Eu peso todo dia. De manhã e a noite. Para eu ver se eu consegui voltar no meu peso. Se eu estou acima ainda. (P16; G4)

O espelho do elevador é o pior de todos. Nossa mãe... Eu chego no elevador e viro de costas. (P10; G2)

Eu passei um blush correndo, aí eu passei um pouquinho de corretivo, mas tudo sem olhar no espelho. Se não eu falo: “Não vou sair de casa”. Eu tenho evitado. (P15; G4)

Agora eu não quero tirar foto do quadril para baixo, só da barriga para cima. (P12; G3)

Compara sim. Você olha e fala assim: “Nossa, como fulana emagreceu mais”. (P15; G4)

Eu olho a barriga do lado mesmo, da vizinha. Aí eu falo: ‘Ela está com o, mesmo tempo de gestação que eu. Por que a dela está maior e a minha está pequenininha?’. (P10; G2)

Tendo em vista o quadro teórico exposto e as falas das participantes, o fator “Comportamentos de aceitação corporal” se refere às ações que refletem a maneira saudável que a mulher lida com o próprio corpo. O Quadro 2 sintetiza os 26 itens criados para compor este fator.

**Quadro 2:** Hipótese inicial de itens do Fator “Comportamentos de aceitação corporal”.

Item	Descrição dos itens	Suporte teórico
9	Para me manter saudável, faço exercícios físicos, se indicados pelo meu médico.	Morgado (2013); Sheerer (1949); Tylka (2011); Tylka & Wood-Barcalow (2015a); Williams & Lynn (2011); Wood-Barcalow et al. (2010); GF.
12	Eu procuro me manter ativa e disposta para desempenhar minhas atividades.	
15	Constantemente, eu elogio meu corpo atual.	
21	Eu me cobro exageradamente.	
23	Evito tirar fotos que enfatizem minha aparência.	
26	Adoto comportamentos equilibrados relacionados ao corpo (como praticar exercícios físicos com moderação, comer de modo saudável, etc).	
30	Eu exagero na utilização de cremes e/ou óleos devido ao pavor que tenho do surgimento de estrias.	
31	Para não engordar, sou muito rigorosa em relação a tudo que como.	
37	Controlo meu peso corporal com muita frequência.	
40	Para manter minha saúde e de meu bebê, sempre como alimentos saudáveis.	
44	Evito expor meu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc).	
46	Mesmo grávida, busco constantemente ter um corpo esbelto e perfeito.	
49	Comparo o tempo todo a dimensão de partes de meu corpo (como quadril, pernas e seios) com de outras gestantes.	

53	Comparo o tempo todo o tamanho de minha barriga com de outras gestantes.
57	Controlo o tamanho de minha barriga para saber se engordei demais.
71	Para manter meu corpo em forma, faço exercícios físicos intensos sem me preocupar com a saúde de meu bebê.
75	Busco me proteger de doenças que sei que podem afetar a saúde de meu bebê (como Zika Vírus, Toxoplasmose, Rubéola, etc).
77	Evito usar roupas que ressaltam minha gravidez.
79	Agora que não estou mais grávida, busco constantemente ter um corpo esbelto e perfeito.
82	Comparo o tempo todo a dimensão de partes de meu corpo (como quadril, pernas e seios) com de outras mães.
86	Comparo o tempo todo o tamanho de minha barriga com outras mães.
90	Controlo o tamanho de minha barriga para saber se emagreci.
101	Gasto muito tempo de meu dia pensando em como ter o corpo que eu tinha antes de engravidar.
104	Para voltar com a forma física desejada, faço exercícios físicos intensos mesmo que tenha que ficar muitas horas distante de meu bebê.
105	Logo após o parto, comecei uma busca diária por um corpo magro.
108	Evito usar roupas que ressaltam meu corpo atual.

Legenda: GF = Grupo focal.

Fonte: A autora (2018).

### 2.3.2.3 Aceitação da gravidez ou da maternidade

Uma das características do quadro de autoaceitação envolve a apreciação de si mesmo em uma variedade de atividades envolvendo trabalho, companhia, expressão autocriativa, atividade que exerce, entre outras (Sheerer, 1949). Assim, existe admiração quanto às próprias capacidades, qualidades e características positivas, avaliação e valorização das funções desempenhadas (Morgado, 2013; Morgado et al., 2014a; Tylka, 2011; Williams & Lynn, 2011).

Destacar a funcionalidade corporal configura atitudes de um indivíduo que aceita a si mesmo, bem como representa um panorama de imagem corporal positiva (Morgado, 2013). Para Tylka (2011) e Tylka e Wood-Barcalow (2015a), prezar as funções ativas do corpo, ao invés de dispendar energia sobre as imperfeições indica um cenário de autoaceitação e imagem corporal saudável. O sentimento de confiança e felicidade com o corpo pode, inclusive, refletir um “brilho exterior” (Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a).

Durante a gravidez e o pós-parto, a mulher vai vivenciar diversas alterações biopsicossociais (Brasil, 2012; Gadit, 2016). Quanto às mudanças físicas, por exemplo, ao longo da gestação, a maioria das modificações corporais é parte natural deste processo e é de fundamental importância, pois tem como objetivo proporcionar condições para o adequado crescimento e desenvolvimento fetal em equilíbrio com o organismo da mãe (Bento, 2009; Brasil, 2012; DiLeo, 2006; Mehta et al., 2011). Ao contrário, durante o período do pós-parto, tais transformações ocorrem devido às manifestações involutivas e de recuperação do organismo materno ocorridas na gestação e no parto (Brasil, 2012; Montenegro, 2008). No campo psíquico, também se observa um turbilhão de sentimentos e pensamentos, por vezes, contraditórios (Clark et al., 2009a; Skouteris, 2011). Quanto ao aspecto social, a mulher pode passar por reajustamentos nas interações e nos relacionamentos com os outros e pela adaptação de um novo papel: recém-mãe ou mãe de mais um filho (Piccinini et al., 2008; Segato et al., 2009; Skouteris, 2011).

Nesse sentido, a aceitação das suas atuais funções, bem como atitudes positivas frente à sua condição atual (gestante ou mãe) caracteriza-se como um panorama de aceitação da gravidez ou maternidade, refletindo uma autoaceitação. A partir das falas de algumas mulheres da presente pesquisa é possível inferir que existe uma valorização deste momento da vida delas, como pode ser observado nos exemplos a seguir:

Um sonho realizado. É um sentimento muito prazeroso. (P1; G1)

É um momento tão mágico (P3; G1)

Eu tinha o sonho de ser mãe. É o meu presente. (P6; G1)

De maior felicidade do mundo. Muito grande. Muito esperada. (P10; G2)

Estudo de Jayasvasti e Kanchanatawan (2005) apontou que bom relacionamento marital e familiar, melhor condição social e a própria personalidade da mulher influenciam na felicidade durante a gravidez. Além disso, Cairolli (2009) e Meireles et al. (2016) concluíram que fatores externos (como educação pré-natal, atividade física especializada, apoio psicológico profissional, apoio familiar) e internos (autoconfiança, satisfação com o corpo, assimilação do novo papel social) contribuem para manter o aspecto emocional da mulher em um caminho saudável. Solivan et al. (2015) verificaram maiores níveis de autoaceitação e autoeficácia naquelas que possuíam apoio da família e do parceiro. Nesse mesmo sentido, acredita-se que estes elementos colaboraram para uma aceitação da gravidez e da maternidade.

É válido ressaltar, ainda, a investigação de Homan e Cavanaugh (2013). Em uma amostra de americanas universitárias, foi verificado que a ligação com Deus foi associada a níveis mais elevados de valorização do corpo e ao reconhecimento do corpo funcional, bem como uma alimentação mais intuitiva (Homan & Cavanaugh, 2013). A espiritualidade é apontada por Tylka (2011) como uma das facetas da imagem corporal positiva. Segundo a autora, acreditar que um poder superior projeta cada um para ser "especial", auxilia na aceitação do próprio corpo com suas idiossincrasias e na valorização das suas qualidades únicas. Assim, a religiosidade pode contribuir para a aceitação da gravidez ou maternidade. Falas de algumas participantes deste estudo apontam uma ligação religiosa por parte determinadas mulheres.

Só tenho isso para resumir: é um estado de graça. (P14; G3)

Foi uma coisa tão esperada, tão desejada que quando realmente acontece é um ato sublime. Um presente de Deus. (P18; G4)

A partir do relato de algumas mulheres, é possível perceber que a aceitação da gravidez ou da maternidade é elevada o suficiente para elas não se sentirem incomodadas nem diante de algumas situações típicas destes períodos. As alterações corporais e os sintomas físicos (por exemplo, náuseas e vômitos, aumento da necessidade de urinar, tonturas, sonolência e dor na amamentação), comuns na gestação e no pós-parto (Murkoff et al., 2012), não as impediram de apreciar o momento vivido. Algumas participantes parecem lidar com tranquilidade frente às mudanças biopsicossociais, como pode ser verificado a seguir:

Eu não estou vomitando. Tem me dado muito enjoo, logo penso que está tudo bem. Está desenvolvendo com saúde. Então, é um sentimento realmente muito prazeroso. (P1; G1)

Eu tenho um tio que é ginecologista, mas ele é de outra cidade. Ele me disse: ‘Se você está tendo vômito e enjoo é sinal que está tudo bem’. Aí o dia que eu não tenho, eu até fico pensando: ‘Será que eu não vou ter mais?’ (P4; G1)

Aí Até acordar a noite não me incomoda. É para o bem dele. Ele depende de mim. (P17; G4)

Estas falas vão ao encontro dos achados de Clark et al. (2009a). A partir de entrevistas, as mulheres também falaram sobre colocar o bem-estar de seu filho acima da própria estética corporal (Clark et al., 2009a). Além disso, elas observaram que valorizar as funções desempenhadas pelo corpo as ajudaram a lidar com as mudanças e os sintomas físicos associados à gravidez e à maternidade. Em consonância com estes resultados, Rubin e Steinberg (2011) verificaram que tanto a consciência funcional quanto a apreciação funcional durante a gestação estavam inversamente associadas a sintomas depressivos e a comportamentos menos saudáveis durante o período pré-parto.

No entanto, trata-se de uma questão controversa. A restrição física também foi discutida em Harper e Rail (2011) e os resultados não foram unânimes. Algumas mulheres admiravam o corpo e o que ele poderia alcançar, apreciando as mudanças físicas; enquanto outras consideraram a situação desconfortável e estranha. Na presente pesquisa, embora algumas tenham declarado positividade mesmo diante de situações habitualmente desconfortáveis, houve aquelas para as quais tais circunstâncias chegaram a incomodar bastante e a limitá-las. Ao invés de sentimentos prazerosos, algumas participantes relataram desagrado diante destes eventos.

Gera um desconforto, eu acho. Pequenas coisas que têm a ver com a gravidez incomodam bastante. Principalmente o inchaço que deforma o corpo. (P11; G2)

A disposição já não é mais a mesma. A flexibilidade já não está a mesma coisa. (P2; G1)

Não aguento mais levantar a noite para fazer xixi. (P10; G2)

É muito desconfortável precisar fazer xixi o tempo todo. (P12; G3)

Eu também passei duas semanas de enjoos, que eu falava: ‘Meu Deus! Não quero ter outro filho’. Foi a primeira coisa que eu pensei. (P9; G2)

A gravidez me tirou a confiança para fazer os movimentos. Eu tive medo de fazer certos movimentos. Se eu não estivesse grávida, sentir uma dor abdominal era muito tranquilo. Mas grávida? Então, eu achei que limitou. Calçar o sapato, amarrar... Misericórdia. Muito difícil. Limita para a gente levantar. Tem que levantar de lado ou pedir alguém para te ajudar a puxar porque usa a musculatura abdominal, né?! (P14; G3)

A gravidez é difícil. O final da gravidez é difícil. Os primeiros meses são difíceis. Amamentar é difícil. Dói. Machuca. Muitas noites mal dormidas. Isso não é falado. Essa relação que a gente tem com o corpo. O quanto isso machuca. O quanto a gente não lida bem com isso. O quanto somos cobradas, às vezes, pelo parceiro. E esse lado negro nunca é divulgado, não é falado. (P18; G4)

Durante a gestação, sintomas físicos são, geralmente, consequências diretas de alterações fisiológicas necessárias para o crescimento e desenvolvimento do bebê, sendo que essas mudanças afetam todos os principais sistemas do corpo durante a gravidez (Brasil, 2012). Kamysheva et al. (2008) argumentaram que estes sintomas afetam o cotidiano das mulheres de forma significativa, incluindo a forma como elas se sentem física e emocionalmente. No caso das mulheres no pós-parto, o Mistério da Saúde classifica a incapacidade de amamentar, por exemplo, como um fator de risco para o desenvolvimento de algum nível de depressão puerperal (Brasil, 2012). Dessa forma, acredita-se que aceitar a gestação e a maternidade envolve entender e respeitar as próprias limitações e escolher concentrar-se nas funções ativas do corpo ao invés de falhas ou sintomas percebidos, principalmente por serem situações inerentes a estes períodos.

Concernente aos reajustamentos interpessoais, algumas mulheres relataram situações que as deixaram incomodadas diante da gravidez ou da maternidade. Não aceitar a sua nova condição e as mudanças que esse período traz em sua vida, tanto nos aspectos corporais, quanto com relação a suas funções e relacionamentos com as pessoas próximas, pode impactar



negativamente o bem estar biopsicossocial da mulher. Os exemplos a seguir advertem quanto a estes aspectos.

Eu senti desconforto no dia de ano novo. A roupa que eu queria usar não fechou. Aí, ao meio-dia, no dia do ano novo, o centro lotado, e eu na rua correndo atrás de alguma coisa para vestir porque eu tinha uma festa. Foi desconfortável, porque eu tinha planejado e na hora eu falei: ‘Ah! Vou experimentar antes’. Eu não ia ter o que vestir. Eu teria que ir de calça jeans. Então, foi muito desconfortável a situação de ter que ir a rua no dia de ano novo. Tinha um monte de gente lá e ter que achar uma roupa e ter que comprar aquilo que eu achei. (P11; G2)

Eu sofri muito de ver foto das minhas irmãs viajando, todo mundo saindo. Eu vendo todo mundo se divertindo e eu: ‘Estou aqui numa escravidão. Eu estou presa’. Eu não consigo ver uma novela. Eu não consigo ver nada. Essas coisas assim... Eu fiquei para baixo. Eu via todo mundo bombando, viajando, fazendo muita coisa... Isso me deixou aborrecida. (P15; G4)

Eu peguei a pior parte que foi o final de ano. Festa da empresa, eu não fui. Eu poderia até: ‘Ah! Eu vou e deixo ela em casa’. Mas, não sei, acho que o instinto de mãe fala: ‘Ah! Eu não vou. Está mamando no peito.’ Mas no fundo, no fundo, isso mexeu comigo. Eu deixei de ir em festa de casamento, festa de aniversário de primo. Então, eu abri mão. Eu falei: ‘Não, eu não vou por causa dela’. Mas no fundo, no fundo eu fiquei péssima. Porque eu via todo mundo indo... No noivado da minha sobrinha, eu via todo mundo indo e eu não fui. Porque ela não tinha nem um mês. Eu falei: ‘Eu não vou por causa dela.’ No fundo, no fundo eu senti... ‘Poxa... fiquei sozinha em casa, todo mundo saiu e eu aqui.’. [sic] (P16; G4)

Diante desta perspectiva teórica e das falas das participantes, o fator “Aceitação da gravidez ou da maternidade” se justifica como um componente de um quadro de autoaceitação

em gestantes ou mulheres no pós-parto. Os aspectos relacionados a este fator podem ser avaliados através de 20 itens, os quais estão apresentados no Quadro 3.

**Quadro 3:** Hipótese inicial de itens do Fator “Aceitação da gravidez ou da maternidade”.

<b>Item</b>	<b>Descrição dos itens</b>	<b>Suporte teórico</b>
1	Sinto-me em estado de graça nesse período de minha vida.	Homan & Cavanaugh (2013); Kamysheva et al. (2008); Morgado (2013); Morgado et al. (2014a); Sheerer (1999); Tylka (2011); Williams & Lynn (2011); GF.
20	Estou com dificuldades para dormir e isso me perturba muito.	
47	Sinto-me confortável com sintomas físicos relacionados à gravidez (como enjoos, inchaço, vontade de urinar, gases, etc).	
48	Saber que estou grávida me deixa muito feliz.	
52	Eu lido muito bem com a diminuição de minhas capacidades físicas devido à gravidez (flexibilidade, força, capacidade respiratória, etc).	
54	Eu aceito feliz a minha gravidez.	
56	Minha gravidez me tirou a confiança para realizar algumas tarefas de meu dia a dia (como agachar, levantar, calçar o sapato, arrumar a casa, etc).	
58	Pensar no parto me deixa muito feliz.	
60	Fico incomodada com a necessidade de ir ao banheiro a todo o momento.	
61	Tenho muito medo do momento de meu parto.	
67	Eu sinto que minhas atividades do dia a dia foram muito limitadas por conta da gestação.	
80	Sinto-me confortável com sintomas físicos relacionados ao momento pós- parto (como sono, dor nos seios, etc).	
81	Saber que gerei um filho me deixa muito feliz.	
85	Eu lido muito bem com a diminuição de minhas capacidades físicas devido à maternidade (flexibilidade, força, capacidade respiratória, etc).	
87	Eu aceito feliz o fato de ser mãe.	
89	A maternidade me tirou a confiança para realizar algumas tarefas de meu dia a dia (como cuidar da casa, sair à rua, fazer compras, etc).	
91	Pensar no futuro me deixa muito feliz.	
93	Fico muito incomodada com as atribuições da maternidade (por exemplo, noites em claro, cuidados do bebê, rotina modificada, etc).	
94	Tenho muito medo quando penso no futuro.	

100	Eu sinto que minhas atividades do dia a dia foram muito limitadas por conta da maternidade.	
-----	---	--

Legenda: GF = Grupo focal.

Fonte: A autora (2018).

#### 2.3.2.4 Filtro cognitivo de proteção

Uma atitude inerente ao quadro de autoaceitação envolve a autoproteção de mensagens negativas (Morgado et al., 2014a). A habilidade que o sujeito possui em selecionar as informações recebidas, a fim de se proteger de mensagens desfavoráveis ou julgamentos negativos transmitidos por pessoas ou meios midiáticos é chamada de “filtro cognitivo de proteção” (Morgado, 2013; Sheerer, 1949; Tylka, 2011; Wood-Barcalow et al., 2010). Ademais, nesse processo, é possível que informações positivas sejam acatadas e valorizadas (Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow; 2015a; Wood-Barcalow et al., 2010).

Nesse sentido, o indivíduo que aceita a si mesmo tem e usa habilidades para filtrar informações de forma a se proteger (Cook-Cottone, 2015). Se, por um lado, ele aceita e internaliza a maioria das informações positivas a respeito de si; por outro, grande parte daquelas negativas é rejeitada (Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Pessoas que possuem este filtro cognitivo de proteção não mudam como se sentem a respeito de si mesmas, mesmo após o julgamento negativo advindo de outras (Wood-Barcalow et al., 2010). Elas possuem a destreza de agir de acordo com os próprios princípios em diferentes situações, sem se preocupar com o *feedback* das demais (Carson & Langer, 2006; Sheerer, 1949). Todas essas características indicam que o desenvolvimento de um suporte cognitivo que proporciona ao sujeito um filtro de proteção. Nesse processo, ele acredita que, a partir da filtragem de informações, possui mais tempo e energia para se concentrar nos aspectos importantes da vida (Tylka, 2011).

Concernente ao corpo, atualmente, o ideal corporal para o sexo feminino tem sido relacionado às silhuetas mais finas (Cash & Smolak, 2011; Ferreira et al., 2014). Mensagens que promovem imagens idealizadas do corpo, dietas e restrição alimentar podem vir da família, dos amigos e da mídia (Ferreira et al., 2014; Thompson et al., 1999; Wood-Barcalow et al., 2010). Contudo, uma pessoa com níveis elevados de autoaceitação e imagem corporal positiva está

consciente da natureza irrealista e fabricada das figuras da mídia (Tylka, 2011). Ademais, há a rejeição de imagens (por exemplo, fotos de modelos magras) e mensagens (como, comentários relacionados à aparência) que possam colocar em risco os seus próprios valores (Tylka, 2011; Wood-Barcalow et al., 2010). Assim, o filtro protetor é uma maneira de se envolver com o mundo, mantendo uma relação saudável com o próprio corpo, em meio às contínuas pressões socioculturais (Webb et al., 2015).

Nesta perspectiva, o fator “Filtro Cognitivo de Proteção” abrange atitudes de filtragem cognitiva de proteção, pela qual as mulheres mantêm um esquema que as ajuda a aceitar e valorizar informações mais positivas a seu respeito e rejeitar as informações mais negativas advindas de pessoas próximas ou da mídia. As discussões levantadas nos grupos focais vão ao encontro deste cenário teórico. Tanto as mulheres no período gestacional quanto aquelas no pós-parto percebem as informações midiáticas e são bombardeadas por comentários de pessoas relevantes para elas, bem como entendem que precisam lidar com estas situações. No entanto, enquanto algumas conseguem filtrar tais mensagens, outras se sentem incomodadas. Os relatos abaixo exemplificam essas questões:

Durante os nove meses de gravidez, a gente vai escutar tanta coisa, que tem que saber filtrar. Tem que saber filtrar tudo o que você vai ouvir.  
(P6; G1)

Eu optei por não deixar [as falas das pessoas] me influenciar. (P14; G3)

Eu tento não deixar isso me influenciar no dia a dia. Só que incomoda.  
(P9; G1)

Meu marido nunca me cobrou de eu ter um corpo bonito, magro, esbelto, nada disso. Mas agora ele está cobrando de não deixar a gravidez estragar o que eu construí a minha vida toda (P11; G2)

No que concerne à mídia, esta tem sido apontada como um dos fatores de maior influência das atitudes relacionadas ao corpo para a população geral (Amaral et al., 2014; Tiggemann, 2011). É válido ressaltar que celebridades grávidas ou no pós-parto têm sido alvo de várias reportagens (Gow, Lydecker, Lamanna, & Mazzeo, 2012). Para as autoras, é possível que elas se tornem alvos prováveis para a comparação física, já que muitos detalhes específicos (por

exemplo, datas de nascimento dos bebês, peso acumulado e perdido) estão prontamente acessíveis aos leitores. Assim, as mulheres que estão passando por estes períodos podem procurar informações sobre ideais de gravidez e pós-parto para avaliar e processar suas próprias experiências. Além disso, dada à popularidade das celebridades, estes relatórios são susceptíveis de influenciar, não só a gestante ou a mulher no pós-parto, como também o público em geral, transmitindo a imagem do que é "normal" ou ideal durante estas etapas (Gow et al., 2012).

De acordo com as falas das participantes do presente estudo, verifica-se que elas têm acesso às notícias a respeito de gravidez e pós-parto de personalidades famosas. No entanto, não há unanimidade no quesito de adesão a estes estereótipos.

‘Kim Kardashian se queixa de ter engordado 23 quilos’. Ela está achando isso ruim. Ela é muito vaidosa e eu não me enquadro nisso aí. (P13; G3)

Eu gosto muito de vídeo de Youtube, eu acompanho maquiagem, essas coisas, há muito anos. E aí eu fui crescendo com as meninas dos vídeos e elas também casaram, tiveram filhos e eu fico vendo aquelas que colocam fotos, aquela pele perfeita e magrinha. Eu acho lindo. Mas eu não sinto pressão de ser igual a elas. A gravidez delas foi assim e a minha não precisa ser. (P11; G2)

Você vê a Débora Secco e quem não quer ficar igual a ela um mês depois da gravidez?! (P4; G1)

Ver a foto da Débora Secco me incomodou. (P15; G4)

Você vê a Kim Kardashian imensa. A Carolina Dieckmann, na época saiu a foto, 30 quilos. Eu não quero ser assim não. (P10; G4)

É válido ressaltar que várias gestantes e mulheres no pós-parto questionaram as informações transmitidas pela mídia. Algumas reconhecem que, muitas vezes, as imagens exibidas não são reais. Além disso, tiveram participantes que acreditam que há uma omissão por parte dos meios midiáticos a respeito da maneira pela qual determinada celebridade atingiu tal padrão corporal.

Cria uma expectativa. Elas têm acesso a certos tipos de tratamento, a certos tipos de outras coisas, que a maioria não entende. (P4; G1)

Essas reportagens não falam do biótipo de cada uma. (P5; G1)

Eu falo: ‘Tomara que eu saia igual a Débora Secco’, mas eu sei que ela tem todo um tratamento durante toda a gestação dela (P10; G2)

Eu fico muito feliz de ver a Débora Secco, mas eu fico assustada. Porque um mês só e com a barriguinha já sequinha e eu não sei quais artifícios que ela usou pra ficar com aquela barriga seca em tão pouco tempo. (P13; G3)

A Débora Secco ganhou junto comigo. Eu falo: ‘Como assim?’ Foi muito rápido. (Participante 16)

A mídia, essas reportagens, isso é surreal. É outro mundo. Quanto de dinheiro tem essa Débora Secco? E o que a mídia não contou? Porque para mim ela fez alguma cirurgia sim. Para mim, a Luana Piovani também. Isso aí toma remédio para uma recuperação mais rápida. (P17; G4)

Segundo Gow et al. (2012), expectativas irreais a respeito do período gestacional e o pós-parto, principalmente relacionada ao aspecto corporal, podem ser desenvolvidas ou maximizadas frente a estas reportagens. Clark et al. (2009a) e Patel et al. (2005) apontaram que sentimentos negativos em gestantes e mulheres no pós-parto estiveram relacionados às preocupações e expectativas a respeito da facilidade e velocidade do retorno do corpo após o parto ao que era antes da gravidez. No caso daquelas que não possuem uma filtragem cognitiva protetora apurada, as informações midiáticas podem representar riscos não só para ela mesma, como também para o bebê. As falas das participantes 1 e 2 expressam essa ideia:

A gente vê tanta coisa na televisão, tudo é corpo, tudo é corpo, que às vezes a gente quer cuidar mais da gente e esquecer o que é bom para o neném. (P1; G1)

Essa questão corporal existe a todo o momento na mídia. Tem vezes que a gente até esquece um pouquinho o bebê. (P2; G1)

Diante dessas preocupações, Lai, Tang e Tse (2005) e Skouteris (2011) indicam que a gravidez e o pós-parto podem ser vistos como momentos vulneráveis para problemas alimentares, devido à pressão elevada de conformidade com as normas femininas. Dunker, Alvarenga e Alves (2009) relatam que, mesmo com o desejo de ter uma alimentação saudável, as gestantes podem adotar dietas inadequadas e restritivas - motivadas pelo medo de engordar - quando percebem o aumento do peso e alterações corporais. Essas condutas podem ter implicações graves para a saúde materna e infantil. Como consequências dos problemas gerados pelos transtornos alimentares durante a gestação, podem ser destacados a morte perinatal, prematuridade, crescimento fetal restrito, recém-nascido com baixo peso e aumento de risco para anomalias congênitas (Dunker et al., 2009). Nesse sentido, com o suporte de um filtro cognitivo de proteção, as reportagens mesmo sendo vistas pelas mulheres, podem não ser internalizadas, não impactando o seu bem estar-psicológico.

Somado à mídia, o julgamento negativo de outras pessoas também parece fazer parte do cotidiano das participantes do presente estudo. Algumas mulheres apontaram que valorizam mais o julgamento de indivíduos próximos do que a influência midiática. As falas de algumas delas retratam a ideia de que essas mensagens foram recebidas, internalizadas e produziram um sentimento negativo.

A opinião de outras pessoas incomoda mais do que a mídia. (P16 e P17; G4)

Incomoda, eu acho que em forma de cobrança. Por exemplo, uma que me incomoda é a minha mãe. O tempo inteiro a minha mãe fica falando assim: ‘Já fez matrícula em uma academia?’ Toda semana é essa mesma pergunta. Aí às vezes eu coloco uma roupa assim e aí ela: ‘Meio apertada, né?!’ Então, eu acho que as pessoas mais próximas incomodam muito mais do que a mídia. (P18; G4)

Minha sogra não desgruda de mim. Ela entra no meu quarto, ela me acorda e fala: ‘Nossa, você está com uma cara de sono’. Aí eu olho para ela assim: ‘Por que será, né?’. Então assim, isso incomoda muito, principalmente, minha sogra. (P15; G4)

Alguns dias depois de eu ter chegado em casa, meu marido disse: ‘Nossa, parece que você está grávida de cinco meses ainda. Cinco não. Sete!’ Eu falei: ‘Nossa Senhora! Poxa vida...’ Me incomodou um pouco. (P15; G4)

Quando alguém falou que a minha barriga estava maior do que deveria estar, eu já fui para a internet, tem alguma coisa errada, né?! Eu estou comendo alguma mosca, deixa eu ver se a minha barriga está esquisita mesmo. A opinião dos outros me influencia. (P11; G2)

As pessoas falam e interferem muito na vida da gente porque a gente fica com aquilo ali na cabeça. Isso me perturba também. Muito. (P10; G2)

Comentários têm muitos, né?! Me incomoda porque tem coisas que você não está se preocupando e aí vem a sementinha... É plantada ali. (P9; G2)

No entanto, esse sentimento negativo frente a comentários depreciativos não é uma característica consensual deste público. Apesar de perceberem as críticas, algumas participantes as filtram de maneira que elas não se deixam afetar. Estes casos são característicos da existência de filtro cognitivo de proteção.

Não me incomodei não. Nem no começo. (P13; G3)

Só me deixei influenciar com a opinião do obstetra, porque tem muita gente formada em medicina. (P14; G3)

Eu acho que tem um olhar muito crítico em cima da grávida. Ao mesmo tempo em que tem aqueles olhares de graça, há olhares críticos também.

Eu absorvo só os de graça. (P17; G4)

Situações levantadas pelas participantes do presente estudo corroboram com o estudo de Earle (2003). A autora apontou que as mulheres estão preocupadas quando elas vão começar a parecer grávidas e onde as mudanças no corpo irão ocorrer. Assim como nos achados de Harper e Rail (2011), os quais indicaram que o período de gravidez em que as mulheres ainda não parecem estar grávidas estava relacionado a um aumento da ansiedade. Nos grupos focais, houve participantes que demonstraram estar preocupadas com o julgamento de outras pessoas diante



das mudanças corporais, antes mesmo delas terem realizado qualquer tipo de comentário verbal, como pode ser visto a seguir:

A barriga tem que realçar o mais rápido possível [para outras pessoas não pensarem que é barriga de gorda]. (P1; G1)

A gente, às vezes, coloca a mão meio assim para pessoa falar que é neném e não que está gorda. (P2; G1)

Eu acho que essa fase é a pior. Que a pessoa olha e não sabe se está gorda ou se está grávida. Aí fica sem graça de perguntar... (P3; G1)

De acordo com Ryff e Singer (1996, 2008), a autoaceitação é um estado psicológico de autoafirmação e maturidade. Uma gestante ou mulher no pós-parto que aceita a si mesma possui atitudes que ignoram as concepções e os julgamentos negativos da sociedade sejam eles advindos de pessoas próximas ou não, ou da mídia, como um mecanismo de proteção. Essa postura pode não ser um processo fácil. A partir de algumas falas, parece que algumas participantes tiveram dificuldades de estabelecer esse filtro. Dessa forma,

Estou trabalhando a minha mente... (P1; G1)

Eu tento não deixar isso me influenciar no dia a dia. Só que incomoda. (P9; G2)

Algumas falas são certas. Você tenta filtrar e não absorver, mas eu não tenho essa maturidade, de saber filtrar (P12; G3)

É questão de decisão. Você tem que decidir não dar confiança. Não é fácil, não é simples. Mas é uma decisão que você toma todos os dias. Você me afeta, se eu deixar. Se eu não deixar, você não me afeta. (P14; G3)

Por fim, diante deste contexto teórico e das falas das participantes dos grupos focais, o fator “Filtro Cognitivo de Proteção” se faz necessário dentro de uma escala que tem como objetivo avaliar a autoaceitação de gestantes e mulheres no pós-parto. O Quadro 4 apresenta a hipótese inicial de itens deste fator, o qual é composto por 11 itens.

**Quadro 4:** Hipótese inicial de itens do Fator “Filtro cognitivo de proteção”.

Item	Descrição dos itens	Suporte teórico
3	Fico sossegada com a dimensão de meu corpo mesmo quando ouço algum comentário negativo a seu respeito.	Morgado (2013); Sheerer, (1949); Tylka (2011); Tylka & Wood-Barcalow (2015a); Wood-Barcalow et al. (2010); GF.
13	Sinto vergonha de meu corpo frente ao meu companheiro.	
16	Sinto-me muito incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de minha aparência (como tamanho de minha barriga, nariz, seios, formato de meu rosto, acnes, manchas, etc).	
19	As opiniões maldosas das pessoas a respeito de meu corpo me preocupam exageradamente.	
32	Eu procuro filtrar totalmente as opiniões das pessoas a respeito do meu corpo.	
36	Fico muito sossegada sobre o que as pessoas pensam e falam a respeito de meu corpo.	
42	A minha autoestima depende muito da opinião de meu companheiro a respeito de minha aparência corporal.	
63	Fico muito incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades grávidas.	
64	Falo para todos que estou grávida com medo de pensarem que estou gorda.	
96	Fico muito incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades que tiveram filho recentemente.	
97	Falo para todos que estou no pós-parto para não me avaliarem mal.	

Legenda: GF = Grupo focal.

Fonte: A autora (2018).

### 2.3.2.5 Informações gerais da escala

A nova escala de medida foi denominada “Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto” e tem como sigla “EAGEPP”. Acredita-se que este título e sigla reflitam com clareza o construto a ser avaliado pela nova escala e o público a qual deva ser aplicada.

Ademais, quanto ao formato, optou-se por colocar as perguntas dentro de uma tabela, na qual as linhas correspondem às afirmativas e as colunas, às opções de resposta. Este é um padrão

utilizado em instrumentos amplamente utilizados na literatura, inclusive anteriormente aplicados neste público (Clark et al., 2009b; Kamysheva et al., 2008; Meireles et al., 2015b; Meireles et al., 2016; Meireles et al., 2017b; Skouteris et al., 2005). Assim, por ser considerado claro e objetivo, optou-se pela adoção deste formato.

Além disso, as instruções para as participantes foram desenvolvidas de forma a permitir uma sistematização da aplicação do novo instrumento (Quadros 5, 6 e 7). A nova escala foi inicialmente composta por 108 itens divididos em três partes, sendo que a Parte I incluiu itens que deveriam ser respondidos por todas as participantes, a Parte II se destinou apenas às gestantes e a Parte III englobou questões exclusivamente para as mulheres no pós-parto. Assim, as grávidas deveriam responder aos itens das Parte I e II; enquanto as mulheres no pós-parto, às afirmativas das Parte I e III. Estas informações foram explícitas nas instruções às participantes, permitindo saber o conjunto de itens que deveriam ser respondidos.

Quanto ao escore final, a escala tem opções de resposta em escala *Likert* de cinco pontos, assim especificados: (1) Discordo totalmente, (2) Discordo, (3) Nem Concordo e Nem Discordo, (4) Concordo e (5) Concordo totalmente. A resposta “Concordo totalmente” aponta uma forte e positiva indicação de autoaceitação, portanto tem atribuído o maior valor (5 pontos); enquanto “Discordo totalmente” indica uma resposta forte e negativa, tendo atribuído o menor valor (1 ponto). Salienta-se que alguns itens possuem escore reverso e por isso a pontuação deve ser atribuída de forma invertida (“Discordo totalmente” – 5 pontos a “Concordo totalmente” – 1 ponto)<sup>1</sup>. O escore total do instrumento é realizado a partir da soma de todos os itens e quanto maior o somatório dos escores, maior a indicação de autoaceitação.

---

<sup>1</sup> Os itens de escore reverso se referem aos números: 10, 13, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 30, 31, 35, 37, 41, 42, 43, 44, 46, 49, 50, 53, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 66, 67, 70, 71, 72, 74, 75, 77, 79, 82, 83, 86, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 96, 97, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 108.

**Quadro 5:** Instruções e opções de respostas à todas as participantes.

<b><u>PARTE I: TODAS AS PARTICIPANTES</u></b>	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo/Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
<p>Por favor, leia cada afirmativa cuidadosamente e assinale em cada linha a opção que melhor reflete o quanto você concorda com a afirmação. Não há resposta certa e nem errada. Apenas, responda baseada em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos do momento atual de sua vida. Seja o mais sincera possível.</p>					

Fonte: A autora (2018).

**Quadro 6:** Instruções e opções de respostas às gestantes.

<b><u>PARTE II: GESTANTES</u></b>	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo/Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
<p>Se você é GESTANTE, continue respondendo as afirmativas abaixo. Se você é uma MULHER NO PÓS-PARTO, passe para a próxima folha.</p>					

Fonte: A autora (2018).

**Quadro 7:** Instruções e opções de respostas às mulheres no pós-parto.

<b><u>PARTE III: MULHERES NO PÓS-PARTO</u></b>	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo/Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
<p>Se você é GESTANTE, NÃO responda essa parte. Se você é uma MULHER NO PÓS-PARTO, continue respondendo as afirmativas abaixo.</p>					

Fonte: A autora (2018).

### **2.3.3 Considerações sobre a primeira versão**

Nesta etapa da pesquisa, objetivou-se compor um conjunto inicial de itens para fazer parte de um instrumento avaliativo da autoaceitação de gestantes e de mulheres no pós-parto, bem como desenvolver as instruções gerais da nova escala. Assim, a nova escala foi intitulada “Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto” e sua sigla é EAGEPP. A partir dos dados, foram desenvolvidos 108 itens divididos em quatro fatores, a saber: 1) Sentimentos e crenças de aceitação corporal; 2) Comportamentos de aceitação corporal; 3) Aceitação da gravidez ou da maternidade; e 4) Filtro cognitivo de proteção. Sendo assim, a partir dos resultados encontrados nesta etapa, obteve-se uma primeira versão do instrumento, o qual seguiu para a fase de análise teórica, descrita a seguir.

## **2.4 SEGUNDA ETAPA: ANÁLISE TEÓRICA DOS ITENS**

Esta etapa da pesquisa teve por objetivo analisar a validade de conteúdo do novo instrumento, inicialmente, por meio de julgamento de peritos e, posteriormente, através da opinião da população-alvo (gestantes e mulheres no pós-parto). Quanto à caracterização do estudo, trata-se de uma investigação com características quantitativa, qualitativa e descritiva, composta por dois momentos: Momento 1 – julgamento dos peritos e, posteriormente, Momento 2 – julgamento do público-alvo (pré-teste).

### **2.4.1 Julgamento dos peritos**

Após a criação dos itens realizada na fase anterior, a versão inicial do novo instrumento foi submetida à avaliação de peritos. Estes tinham como objetivo o julgamento do conteúdo, da relevância, da clareza e da coesão de cada item. Coube, ainda, aos peritos verificar se todas as

dimensões foram incluídas adequadamente pelo conjunto de itens, bem como avaliar aspectos gerais da nova escala, como: título, instruções, formato e escore total.

#### 2.4.1.1 Métodos

##### *2.4.1.1.1 Participantes*

De acordo com Pasquali (2010), são recomendados seis juízes para conferir a validade de conteúdo do novo instrumento. Na presente pesquisa, foram convidados onze juízes considerados especialistas no tema abordado e todos aceitaram participar como peritos dessa etapa. Destes, oito são doutores especialistas em imagem corporal, sendo que dois ainda são experientes na área de construção de escalas e cinco possuem conhecimento no processo de validação de escalas. Além destes, uma doutora especialista em ginecologia e obstetrícia e duas médicas ginecologistas e obstetras também foram peritas da nova escala.

##### *2.4.1.1.2 Procedimentos de coleta de dados*

Os peritos foram convidados por telefone ou por e-mail. Uma explicação a respeito da pesquisa, bem como sobre o desenvolvimento do novo instrumento foi fornecida a eles. Após o aceite, um formulário de orientação para a avaliação da escala foi enviado por e-mail ou entregue impresso aos juízes (ANEXO VI). Foi solicitado que os peritos fizessem essa avaliação em um prazo de quinze dias. Contudo, o tempo médio despendido por eles foi de vinte dias e o retorno do formulário foi realizado da mesma maneira que o mesmo foi entregue (impresso ou por e-mail).

O formulário de orientação para avaliação dos peritos teve como objetivo a padronização entre avaliadores e foi desenvolvido com base nos estudos de Morgado (2013) e Coluci et al.

(2015). O julgamento do instrumento envolveu duas fases: 1) Avaliação da validade de conteúdo e 2) Análise do instrumento.

Na primeira fase, o perito julgou a escala quanto à representatividade, redação e especificação dos fatores. Quanto à representatividade, o mesmo deveria notar se os itens realmente refletiam os conceitos envolvidos, sua relevância e adequação para atingir os objetivos propostos. Para isso, os peritos atribuíram as seguintes notas para cada item: -1 (Não, o item não se refere à autoaceitação), 0 (duvidoso, não tenho certeza se o item se refere à autoaceitação) ou 1 (Sim, o item se refere à autoaceitação). Caso atribuíssem as notas -1 ou 0, foi solicitado que fizessem sugestões.

Concernente à redação, os peritos avaliaram cada item quanto à clareza, ou seja, se as afirmativas da escala foram redigidas de forma que o conceito estivesse compreensível e se expressavam adequadamente o que se espera medir. Para isso, foi utilizada a seguinte legenda: -1 (Inadequado, o item deve ser retirado), 0 (Inadequado, o item deve ser reformulado) e 1 (Adequado, o item deve ser mantido da forma atual). Assim como para a avaliação da representatividade, caso o perito avaliasse o item como -1 ou 0, eles deveriam apontar sugestões.

Quanto à especificação dos fatores, foi fornecida aos peritos uma breve explicação do conceito dos quatro fatores da escala (Sentimentos e crenças de aceitação corporal; Comportamentos de aceitação corporal; Aceitação da gravidez ou da maternidade; Filtro cognitivo de proteção), desenvolvidos na etapa de geração dos itens, a fim de que eles pudessem indicar a qual dos fatores cada item pertence.

Na segunda fase, os peritos analisaram o instrumento quanto ao título, formato, instruções e escore total. Foi utilizado o mesmo sistema de atribuição de notas, seguindo a legenda: -1 (Não claro), 0 (Pouco Claro) e 1 (Muito claro). De maneira semelhante, foi solicitado que os avaliadores fizessem comentários no caso de atribuírem notas -1 ou 0.

Ao final do formulário, caso os peritos considerassem necessário, foi fornecido um espaço para que ele pudesse fazer comentários adicionais sobre a escala.

#### 2.4.1.1.3 *Análise dos dados*

Foram utilizadas estatísticas descritivas (frequências absoluta) para análise das opiniões dos peritos. Vale destacar que foi adotado um critério de concordância de 80% entre os juízes (Pasquali, 1998, 2010) para representatividade e redação dos itens e aspectos gerais da escala. Para a especificação dos fatores, o critério de concordância foi flexibilizado em 50%, uma vez que nem todos peritos eram especialistas na área da autoaceitação, o que inviabilizou uma classificação assertiva dos fatores.

#### 2.4.1.2 Resultados e Discussão

Ao todo, foram convidados onze peritos para avaliar a validade de conteúdo da escala (representatividade e redação dos itens e especificação dos fatores), bem como analisar o instrumento como um todo (título, sigla, formato, instruções e escore total). Todos aceitaram participar, todavia, apenas nove retornaram com os formulários devidamente preenchidos. Uma das especialistas em imagem corporal e no processo de validação de escalas e a doutora em ginecologia e obstetrícia não enviaram o formulário com as respectivas opiniões. Sendo assim, adotando o critério de concordância de 80%, os quesitos avaliados deveriam ter a aprovação de pelos menos sete peritos. Na avaliação quanto à especificação dos fatores, foi necessária a concordância de quatro ou mais peritos para considerar o item adequado à determinada subescala (50% de concordância).

Na primeira fase, foi solicitado aos peritos que comessem a avaliação dos itens quanto a sua representatividade, ou seja, eles deveriam julgar: se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos; se são relevantes e; se são adequados para atingir os objetivos propostos. Em seguida, eles foram convidados a avaliar cada item quanto à clareza, em outras palavras, eles analisaram a redação dos itens, de forma que o conceito estivesse compreensível e adequado ao que se espera medir. Os Anexos VII e VIII apresentam as respostas dos peritos quanto à representatividade e à redação dos itens, respectivamente.



De acordo com as opiniões dos peritos quanto à representatividade das afirmativas da escala, os itens 20, 21, 60, 75, 89, 91, 94 e 100 foram excluídos por não atingirem 80% de concordância entre eles. Utilizando este mesmo critério, os itens 1, 3, 8, 19, 20, 21, 28, 36, 38, 47, 58, 66, 82, 91 e 94 foram suprimidos a partir da análise da redação. Salienta-se que os itens 20, 21, 91 e 94 foram eliminados em ambos os critérios.

Alguns pares de itens foram apontados como semelhantes por alguns peritos. Neste caso, foi aconselhado a manutenção de apenas um deles. Isso aconteceu, por exemplo, com os itens 4 (“Eu me sinto confortável no meu corpo atual.”) e 11 (“Sinto-me muito bem com o corpo que tenho agora.”), como apontado pelo perito 2. Como a palavra “confortável” do item 4 causou dúvidas para o perito 3, optou-se por excluí-lo, mantendo apenas o item 11.

De maneira similar, segundo o perito 2, os itens 35 (“Tenho expectativas de que meu corpo retorne rapidamente, após o parto, ao que era antes de ficar grávida”), 55 (“A - Primeiro Trimestre: Após o parto, espero perder rapidamente o peso que eu estou ganhando ou vou ganhar na gestação; B - Segundo Trimestre: Após o parto, espero perder rapidamente o peso que eu estou ganhando na gestação; C - Terceiro Trimestre: Após o parto, espero perder rapidamente o peso que eu ganhei na gestação.”) e 88 (“Espero perder rapidamente o peso que eu ganhei na gestação.”) apresentavam correspondência. Destaca-se que o item 55 foi originalmente desenvolvido separadamente por trimestres gestacionais e os peritos 5 e 9 sugeriram a unificação das afirmativas. Quanto ao item 88, este representava a equivalência do item 55 para as mulheres do pós-parto. Sendo assim, o item 35 foi mantido e os itens 55 e 88 foram excluídos.

Já o item 34, foi originalmente escrito da seguinte forma: “Apesar de suas imperfeições, aceito meu corpo do jeito que ele é.” Todavia, como apontado pelo perito 5, essa escrita parte do princípio de que a mulher perceba seu corpo como imperfeito. Assim, foi proposto por ele que o item fosse reformulado para: “Eu aceito as características únicas do meu corpo”. Contudo, essa sugestão fez com que o item se tornasse semelhante ao item 29 (“Eu aprecio as características diferentes e únicas de meu corpo atual.”) e, por isso, optou-se por eliminar o item 34.

O item 76 foi desenvolvido da seguinte maneira: “A - Primeiro Trimestre: Minhas expectativas são positivas quanto ao tamanho de meu corpo no final da gestação; B - Segundo Trimestre: Minhas expectativas são positivas quanto ao tamanho de meu corpo no final da gestação.”. Isto é, apenas em duas afirmativas para gestantes do primeiro e segundo trimestre. Os peritos 2 e 8 apontaram a necessidade da criação de uma frase para o terceiro trimestre. Ademais,

este item foi considerado confuso pelo perito 4. Além disso, o perito 9 apontou semelhança deste com o item 62 [“Espero feliz pelas mudanças que ainda virão em meu corpo (ou nas dimensões de meu corpo) antes de meu filho nascer.”]. Por todos esses apontamentos, elegeu-se o item 76 inapto para continuar na escala e, por isso, foi descartado, mantendo apenas o item 62.

Os itens 79 e 105 foram analisados e, devido à semelhança indicada pelo perito 9, fundiram-se em um único item. Dessa forma, as afirmativas “Agora que não estou mais grávida, busco constantemente ter um corpo esbelto e perfeito” e “Logo após o parto, comecei uma busca diária por um corpo magro” foram mescladas, gerando o item “Logo após o parto, comecei uma busca diária por um corpo magro e perfeito”.

A partir do comentário do perito 6, os pares 48 (“Saber que estou grávida me deixa muito feliz.”) e 54 (“Eu aceito feliz a minha gravidez.”) – desenvolvidos especificamente para gestantes – e seus correspondentes 81 (“Saber que gerei um filho me deixa muito feliz.”) e 87 (“Eu aceito feliz o fato de ser mãe.”) – criados para as mulheres no pós-parto – foram considerados equivalentes. Por isso, optou-se por manter apenas um item de cada par. Dessa forma, foram deletados os itens 48 e 81, mantendo-se apenas as afirmativas 54 e 87.

Outra exclusão ocorreu no item 61 (“Tenho muito medo do momento de meu parto.”). Os peritos 2 e 5 apontaram que este sentimento é comum em grávidas, pela preocupação com o bem-estar do bebê, ou outros aspectos de saúde (por exemplo, a possível submissão a uma cirurgia, no caso de parto cesariana). Assim, este medo do parto não necessariamente está relacionado à não aceitação das mudanças que estão por vir, tanto na rotina quanto no corpo. Assim, acatando a estas recomendações o item foi removido.

Com relação ao item 80 [“Sinto-me confortável com sintomas físicos relacionados ao momento pós- parto (como sono, dor nos seios, etc).”], o perito 5 apontou que o fato da mulher se sentir desconfortável com sintomas físicos do pós-parto (como sono, dor nos seios, etc) não implica, necessariamente, em uma não aceitação da maternidade. Sendo assim, considerou-se que este item não refletia o construto autoaceitação, objeto principal da escala, e, por isso, foi suprimido.

O item 27 (“Eu acho que meu corpo merece ser elogiado.”) recebeu a seguinte crítica pelo perito 9: “Não vejo pertinência ao se tratar de autoaceitação corporal, tendo em vista que um dos preceitos da autoaceitação é sentir-se igual a outras pessoas, nem melhor, nem pior...”. Concordando com este comentário, optou-se pela exclusão deste item.

Vale ressaltar que três peritos sugeriram suprimir os termos de intensidade, como por exemplo “muito”, “muitas vezes” e “constantemente”, de algumas afirmativas. Considera-se que a linguagem própria de itens de escalas de atitudes devem possuir uma escrita capaz de diferenciar os respondentes perante às questões colocadas. Em outras palavras, o item deve ser escrito de uma forma “dura”, com um caráter intensificador. Nesse sentido, os itens foram originalmente escritos com tais expressões com esta intenção. Todavia, optou-se por acatar as sugestões destes peritos em algumas situações: no caso da palavra “muito” próxima ao verbo “gosto”, antes dos adjetivos “incomodada”, “bem”, “agrada” e “atraente”. Considerou-se as exclusões do termo intensificador nestes casos por acreditar que estas palavras já caracterizam uma diferenciação entre as participantes. Assim, isso aconteceu nos itens 2, 6, 10, 11, 16, 17, 24, 25, 51, 63, 73, 78, 84, 93, 96 e 107.

Com relação à expressão “a todo o momento”, o perito 9 apontou que, devido ao aspecto dinâmico e lábil da imagem corporal, é impossível ter pensamentos positivos sobre o corpo “a todo tempo”, independentemente de estar grávida ou não. Como alternativa, foi sugerida a substituição desta expressão por “Na maior parte do tempo” ou “Com frequência” em todos os itens convenientes. Sendo assim, esta recomendação foi aceita e aderida aos itens 5, 49, 53 e 86.

O Quadro 8 apresenta, em síntese, outras sugestões dos peritos a respeito de itens específicos. Dentre estas estão: a substituição de uma expressão por outra, a supressão de alguns termos, a inclusão de palavras, a exemplificação de situações. Em alguns casos, os peritos ainda propuseram alterações nas afirmativas como um todo. No total, 24 itens sofreram modificações a fim de melhor adequá-los ao objetivo da escala.

**Quadro 8:** Reformulação de itens de acordo com as sugestões dos juízes (J).

<b>Item original</b>	<b>Sugestões consideradas</b>	<b>Item reformulado</b>
2- Gosto muito da imagem que vejo ao olhar o meu corpo no espelho.	• Sugestão: “Gosto da imagem que vejo ao olhar o meu corpo no espelho”. (J9)	Gosto do que vejo ao olhar meu corpo no espelho.
6- Gosto muito de usar roupas que mostrem minha silhueta atual.	• O termo “mostrem” merece ser repensado, porque uma roupa não mostra, ela destaca, realça, etc. (J4)	Gosto de usar roupas que realcem minha silhueta atual.

<p>10- Sinto-me muito incomodada pelas limitações de alguns cuidados estéticos comigo mesma durante esse período de minha vida (como pintar ou realizar tratamentos químicos no cabelo, fazer tratamento químico na pele de meu rosto, etc).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituir a expressão “pelas limitações” por “por ter tempo limitado”. (J3)</li> <li>• Unificar com item 28. (J2 e J6)</li> </ul>	<p>Sinto-me incomodada por ter tempo limitado para investir em meus cuidados estéticos durante esse período de minha vida (como pintar ou realizar tratamentos químicos no cabelo, fazer tratamento químico na pele de meu rosto, pintar as unhas, etc).</p>
<p>14- Estou atenta às necessidades atuais de meu corpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar exemplos de quais necessidades. (J2)</li> </ul>	<p>Estou atenta às necessidades atuais de meu corpo (como adotar hábitos saudáveis de alimentação, de exercício físico quando indicado, reduzir o ritmo de algumas atividades do dia a dia, etc).</p>
<p>22- Minha felicidade neste período de minha vida depende de minha forma e peso corporais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugestão: “Minha felicidade depende da forma e do meu peso corporal neste período de minha vida”. (J9)</li> </ul>	<p>Minha felicidade depende da minha forma e do meu peso corporal neste período de minha vida.</p>
<p>24- Gosto muito do tamanho de meus seios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acrescentar ao final da frase a palavra “atualmente”. (J5)</li> </ul>	<p>Gosto do tamanho de meus seios atualmente.</p>
<p>26- Adoto comportamentos equilibrados relacionados ao corpo (como praticar exercícios físicos com moderação, comer de modo saudável, etc).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituir a palavra “equilibrados” por “saudáveis”. (J5)</li> </ul>	<p>Adoto comportamentos saudáveis relacionados ao corpo (como praticar exercícios físicos com moderação, comer de modo saudável, etc).</p>
<p>30- Eu exagero na utilização de cremes e/ou óleos devido ao pavor que tenho do</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituir a palavra “pavor” por “medo”. (J1)</li> </ul>	<p>Eu exagero na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tenho do surgimento</p>

surgimento de estrias.		de estrias.
32- Eu procuro filtrar totalmente as opiniões das pessoas a respeito do meu corpo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suprimir a palavra “totalmente”. (J1 e J9)</li> </ul>	Eu procuro filtrar as opiniões das pessoas a respeito do meu corpo.
42- A minha autoestima depende muito da opinião de meu companheiro a respeito de minha aparência corporal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suprimir o artigo “a” de “a minha autoestima. (J2)</li> </ul>	Minha autoestima depende muito da opinião de meu companheiro a respeito de minha aparência corporal.
49. Comparo o tempo todo a dimensão de partes de meu corpo (como quadril, pernas e seios) com de outras gestantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituir a palavra “dimensão” por “tamanho”. (J3).</li> <li>• Acrescentar o artigo “o” antes de “de outras gestantes”. (J3)</li> <li>• Substituir “a todo momento” por “Com frequência”. (J9)</li> </ul>	Com frequência, comparo o tamanho de partes de meu corpo (como quadril, pernas e seios) com o de outras gestantes.
50- Depois do nascimento de meu filho, penso em fazer uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como na mama, no abdome, bumbum, etc).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituir a palavra “estética” por “plástica”. (J3)</li> <li>• Substituir a palavra “mama” por “seio”. (J3)</li> </ul>	Depois do nascimento de meu filho, penso em fazer uma cirurgia plástica em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, bumbum, etc).
56- Minha gravidez me tirou a confiança para realizar algumas tarefas de meu dia a dia (como agachar, levantar, calçar o sapato, arrumar a casa, etc).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugiro reformular, pois não vejo isso como autoaceitação. (J5)</li> <li>• Sugiro reformular pois, não reflete o objetivo do tema. (J6)</li> </ul>	Apesar de algumas limitações físicas da gravidez, sinto-me plenamente capaz para realizar diferentes tarefas do dia a dia (como agachar, levantar, calçar o sapato, arrumar a casa, etc).

59- Enquanto grávida, pretendo conseguir um corpo que eu considero ideal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituir a palavra “enquanto” por “como”. (J1)</li> <li>• Suprimir o pronome “eu”. (J1)</li> </ul>	Como grávida, pretendo conseguir um corpo que considero ideal.
62- Espero feliz pelas mudanças que ainda virão em meu corpo (ou nas dimensões de meu corpo) antes de meu filho nascer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugestão: "Tenho expectativas positivas em relação às mudanças que ocorrerão em meu corpo até o final da minha gestação." (J9)</li> </ul>	Tenho expectativas positivas em relação às mudanças que ocorrerão em meu corpo até o final da minha gestação.
64- Falo para todos que estou grávida com medo de pensarem que estou gorda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugestão: "Fico incomodada por perceber que algumas pessoas acham que estou gorda, enquanto na realidade estou grávida." (J3)</li> </ul>	Fico incomodada por perceber que algumas pessoas acham que estou gorda, enquanto na realidade estou grávida.
83- Assim que for possível, penso em fazer uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como na mama, no abdome, bumbum, etc).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituir a palavra “estética” por “plástica”. (J3)</li> <li>• Substituir a palavra “mama” por “seio”. (J3)</li> </ul>	Assim que for possível, penso em fazer uma cirurgia plástica em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, bumbum, etc).
86- Comparo o tempo todo o tamanho de minha barriga com outras mães.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituir a expressão “o tempos todo” por “Com frequência” (J1 e J9)</li> <li>• Substituir a palavra “mãe” por “mulheres que tiveram filhos recentemente” (J3)</li> </ul>	Com frequência, comparo o tamanho de minha barriga com o de outras mulheres que tiveram filhos recentemente.
92- Enquanto mãe, pretendo conseguir um corpo que eu considero ideal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituir a palavra “enquanto” por “como”. (J1)</li> <li>• “Enquanto mãe” não combinou com “corpo que</li> </ul>	Pretendo conseguir um corpo que considero ideal para uma pessoa que já teve filhos.

	<p>considero ideal”. O sentido que se quer avaliar é: “Pretendo conseguir um corpo que considero ideal para uma pessoa que já teve filhos”. A expressão “Enquanto mãe” soa um ar materno e esse item está relacionado ao padrão de corpo que se espera após passar por alterações da gestação. (J7)</p>	
97- Falo para todos que estou no pós-parto para não me avaliarem mal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituir a expressão “avaliarem mal”. (J1 e J2)</li> </ul>	Falo para todos que estou no pós-parto para não pensarem ou falarem mal de mim.
99- Mesmo após o parto, sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo está enorme!	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugestão: “Sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo mudou”. (J5)</li> </ul>	Sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo mudou.
102- Aceito feliz meu peso corporal atual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugestão: “Aceito meu peso corporal atual”. (J9)</li> </ul>	Aceito meu peso corporal atual.
104- Para voltar com a forma física desejada, faço exercícios físicos intensos mesmo que tenha que ficar muitas horas distante de meu bebê.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituir a expressão “para voltar com a forma física” por “para voltar à forma física” (J1)</li> </ul>	Para voltar à forma física desejada, faço exercícios físicos intensos mesmo que tenha que ficar muitas horas distante de meu bebê.
108- Evito usar roupas que ressaltam meu corpo atual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituir a palavra “ressaltam” por “realcem”. (J1)</li> </ul>	Evito usar roupas que realcem meu corpo atual.

Legenda: J = Juiz

Fonte: A autora (2018).

Ainda na primeira fase de avaliação da escala, os peritos julgaram a adequação de cada item aos quatro fatores inicialmente propostos: “Sentimentos e crenças de aceitação corporal”, “Comportamentos de aceitação corporal”, “Aceitação da gravidez ou da maternidade” e “Filtro cognitivo de proteção”. Assim, os peritos deveriam indicar a qual fator cada afirmativa pertence. A partir da variedade de pontos de vista na classificação dos itens por fator, optou-se por adotar o nível de concordância de 50%, ou seja, pelo menos a metade dos respondentes deveria ter apontado a afirmativa como pertencente à subescala adequada.

Nos casos em que o nível de concordância foi menor que 50% no fator original do item, optou-se pela releitura atenta do mesmo, levando em consideração os apontamentos dos peritos. Dessa forma, alguns itens sofreram reformulações ou foram realocados a fim de se adequarem ao fator mais indicado pela maioria dos peritos, como pode ser verificado no Quadro 9.

O item 6 (“Gosto muito de usar roupas que mostrem minha silhueta atual”), por exemplo, foi originalmente desenvolvido para o fator “Sentimentos e crenças de aceitação corporal”. Contudo, seis peritos apontaram que o mesmo pertencia ao fator “Comportamentos de aceitação corporal”. Dessa forma, ao retornar ao item com uma leitura cuidadosa, percebeu-se que a segunda assertiva (“usar roupas”), a qual condiz a um comportamento, tem mais força no item do que a primeira (“Gosto muito”) que trata-se de um sentimento. Sendo assim, o item foi reformulado para “Uso roupas que realcem minha silhueta atual”. Salienta-se que o mesmo procedimento foi realizado com outras afirmativas,

**Quadro 9:** Reformulação ou realocação de itens de acordo com o julgamentos dos peritos quanto à especificação por fatores.

<b>Item original (Fator original)</b>	<b>Especificação dos peritos</b>	<b>Item reformulado (Fator final)</b>
6- Gosto muito de usar roupas que mostrem minha silhueta atual. (Fator A)	Apenas um perito classificou o item no fator adequado (Fator A). Seis peritos, no Fator B.	Uso roupas que realcem minha silhueta atual. (Fator B)
13- Sinto vergonha de meu corpo frente ao meu companheiro. (Fator D)	Três peritos classificaram o item no fator adequado (Fator D). Seis peritos, no Fator A.	Sinto vergonha de meu corpo frente ao meu companheiro. (Fator A)



39- Eu aprecio a função que meu corpo está desempenhando. (Fator A)	Três peritos classificaram o item no fator adequado (Fator A). Seis peritos, no Fator C.	Eu aprecio a função que meu corpo está desempenhando. (Fator C)
50- Depois do nascimento de meu filho, penso em fazer uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como na mama, no abdome, bumbum, etc). (Fator A)	Dois peritos classificaram o item no fator adequado (Fator A). Cinco peritos, no Fator B.	Depois do nascimento de meu filho, farei uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como na mama, no abdome, bumbum, etc). (Fator B)
51- Gosto muito de tirar fotos que destacam minha barriga (Fator A).	Apenas um perito classificou o item no fator adequado (Fator A). Seis peritos, no Fator C.	Com frequência, tiro fotos que destacam minha barriga. (Fator B)
62- Espero feliz pelas mudanças que ainda virão em meu corpo (ou nas dimensões de meu corpo) antes de meu filho nascer. (Fator A)	Três peritos classificaram o item no fator adequado (Fator A). Seis peritos, no fator C.	Tenho expectativas positivas em relação às mudanças que ocorrerão em meu corpo até o final da minha gestação. (Fator C)
68- Sinto-me feliz e confortável ao ver minha barriga crescendo durante a gravidez. (Fator A)	Quatro peritos classificaram o item no fator adequado (Fator A). Cinco peritos, no fator C.	Sinto-me feliz e confortável ao ver minha barriga crescendo durante a gravidez. (Fator C)
70- Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme. (Fator A)	Quatro peritos classificaram o item no fator adequado (Fator A). Cinco peritos, no fator C.	Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme. (Fator C)
83- Assim que for possível, penso em fazer uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como na mama, no abdome, bumbum, etc). (Fator A)	Três peritos classificaram o item no fator adequado (Fator A). Seis peritos, no fator B.	Assim que for possível, farei uma cirurgia plástica em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, bumbum, etc). (Fator B)

84- Gosto muito de tirar fotos em que apareço de corpo inteiro. (Fator A)	Três peritos classificaram o item no fator adequado (Fator A). Cinco peritos, no fator B. Um perito, fator D.	Com frequência, tiro fotos em que apareço de corpo inteiro. (Fator B)
98- Aprecio as fotos que destacam minha aparência no papel de mãe. (Fator A)	Quatro peritos classificaram o item no fator adequado (Fator A). Cinco peritos, no fator C.	Aprecio as fotos que destacam minha aparência no papel de mãe. (Fator C)
101- Gasto muito tempo de meu dia pensando em como ter o corpo que eu tinha antes de engravidar. (Fator B)	Dois peritos classificaram o item no fator adequado (Fator B). Quatro peritos, no fator A. Um perito, no fator C. Um perito, no fator D. Um perito não respondeu.	Com frequência, penso em como voltar ao corpo que eu tinha antes de engravidar. (Fator A)

Legenda: Fator A = Sentimentos e crenças de aceitação corporal; Fator B = Comportamentos de aceitação corporal; Fator C = Aceitação da gravidez ou da maternidade; Fator D = Filtro cognitivo de proteção.

Fonte: A autora (2018).

Na continuidade da análise, em alguns casos, optou-se pela eliminação de alguns itens por considerar que os mesmos não atingiram o mínimo estipulado de concordância entre os peritos. Esta situação aconteceu nas afirmativas: 10 [“Sinto-me muito incomodada pelas limitações de alguns cuidados estéticos comigo mesma durante esse período de minha vida (como pintar ou realizar tratamentos químicos no cabelo, fazer tratamento químico na pele de meu rosto, etc.)”]; 14 [“Estou atenta às necessidades atuais de meu corpo.”]; e 57 [“Controlo o tamanho de minha barriga para saber se engordei demais.”]. Sendo assim, estes itens foram excluídos nesta etapa.

Em outros casos, apesar da não concordância entre os peritos no julgamento dos fatores, optou-se pela manutenção do item de acordo com o entendimento teórico do conceito que envolve as quatro subescalas. As afirmativas 15 [“Constantemente, eu elogio meu corpo atual.”]; 53 [“Comparo o tempo todo o tamanho de minha barriga com de outras gestantes.”]; e 54 [“Eu aceito feliz a minha gravidez”] foram mantidas na EAGEPP em seu fator original. Sendo assim, os itens

15 e 53 foram conservados no fator “Comportamentos de aceitação corporal” e o 54 no fator “Aceitação da gravidez ou da maternidade”.

Os casos dos itens 63 (“Fico muito incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades grávidas.”) e 96 (“Fico muito incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades que tiveram filho recentemente”) merecem ser destacados. Ambos foram originalmente desenvolvidos no fator “Filtro cognitivo de proteção” (D). Entretanto, a maioria dos peritos os classificaram no fator “Sentimentos e crenças de aceitação corporal” (A). Apesar da primeira assertiva dos itens (“Fico incomodada”) se tratar de um sentimento, nestes casos, o fato de filtrar a influência oriunda de “pessoas famosas/celebridades” categoriza ambos os itens no fator D. Dessa forma, a partir do entendimento teórico a respeito de “filtro cognitivo de proteção”, optou-se pela manutenção dos itens no fator original.

A segunda fase de julgamento dos peritos consistiu na análise quanto aos quesitos: título e sigla, formato, instruções e escore total. A Tabela 1 sintetiza as notas atribuídas por cada um deles para cada aspecto avaliado. Vale ressaltar que, para estes quesitos, o critério de concordância de 80% foi mantido. Salienta-se que a última coluna (“Frequência”) reflete o somatório de julgamentos considerados adequados pelos peritos.

**Tabela 1:** Julgamento dos peritos quanto ao título, formato, instruções e escore total.

<b>Aspecto Avaliado</b>	<b>J1</b>	<b>J2</b>	<b>J3</b>	<b>J4</b>	<b>J5</b>	<b>J6</b>	<b>J7</b>	<b>J8</b>	<b>J9</b>	<b>Frequência*</b>
Título e sigla	1	1	1	1	-1	0	1	1	1	7
Formato	1	0	1	1	1	1	1	1	0	7
Instruções	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Escore total	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9

Legenda: J = Juiz

\* Frequência de julgamentos considerados adequados.

Fonte: A autora (2018).

A partir da análise quanto ao título, verificou-se que sete, dos nove peritos, consideraram o título “Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto” e a sigla EAGEPP como adequados. Apenas os peritos 5 e 6 julgaram esse quesito como “não claro” ou “pouco claro”, respectivamente. O primeiro não apontou sugestões de mudança. Já o segundo sugeriu a

utilização do termo “Puérperas” ao invés de “Mulheres no Pós-Parto”. Contudo, é válido ressaltar que a escala contempla não só o período do puerpério – até 42 dias depois do parto (Brasil, 2012) –, mas também engloba mulheres que estão até o sexto mês de pós-parto. Adicionalmente, acredita-se que este termo seja específico da comunidade médica o qual pode dificultar a difusão futura da escala na população não médica. Além disso, para a respondente, esse termo pode ser motivo de confusão ou estranhamento. Sendo assim, optou-se pela manutenção do título e da sigla originalmente criados e por isso, a partir deste momento, a nova escala é chamada de “Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto” (EAGEPP).

No que diz respeito ao formato da escala, novamente, sete dos nove peritos consideraram esse aspecto como “muito claro”. Contudo, os peritos 2 e 9 julgaram como “pouco claro”. De acordo com o primeiro, um problema recorrente dos instrumentos em escala *Likert* é a anulação da questão pela não resposta ou por duas respostas ao mesmo item causada pelo próprio *layout* no formato de tabela. Nesse sentido, ele forneceu duas sugestões: 1) a repetição das alternativas ou 2) a repetição da numeração abaixo de cada afirmativa. Como apontado pelo próprio perito, repetir as opções de resposta abaixo de cada item tornaria o instrumento mais extenso o que não é recomendado. Quanto à segunda sugestão, em concordância com a indicação do perito 9, a inclusão de escores em cada item facilitaria a participante responder aos itens corretamente, bem como a futura tabulação dos dados. Essa inclusão não prejudicaria o instrumento quanto ao seu tamanho e, por isso, foi aceita. O Quadro 10 mostra o formato da EAGEPP após esta modificação.

**Quadro 10:** EAGEPP após modificação quanto ao formato.

<b><u>PARTE I: TODAS AS PARTICIPANTES</u></b>	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo/Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente

1.	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5
3.	1	2	3	4	5

Fonte: A autora (2018).

Com relação à avaliação das instruções, todos os peritos julgaram este aspecto como “muito claro”. Apesar disso, os peritos 5 e 9 sugeriram algumas alterações. Inicialmente, as participantes contariam com as seguintes informações: *“Por favor, leia cada afirmativa cuidadosamente e assinale em cada linha a opção que melhor reflete o quanto você concorda com a afirmação. Não há resposta certa e nem errada. Apenas, responda baseada em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos do momento atual de sua vida. Seja o mais sincera possível.”*. Após as considerações dos peritos, as instruções às participantes foram alteradas para: *“Por favor, leia cada afirmativa cuidadosamente e assinale em cada linha a opção que melhor reflete o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação. Não há resposta certa e nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.”*

Concernente ao escore total, de maneira semelhante às instruções da escala, todos os peritos julgaram este quesito como “muito claro”. Todavia, o perito 5 considerou que, uma vez que a escala é composta por fatores, o escore também deve ser computado para cada subescala separadamente. Considerou-se este apontamento pertinente e, dessa forma, além do escore total da escala, é possível avaliar o escore de cada um dos quatro fatores separadamente. Sendo assim, ao somar os itens de cada fator da escala, quanto maiores os escores obtidos, maiores também serão os “Sentimentos e crenças de aceitação corporal”, os “Comportamentos de aceitação corporal”, a “Aceitação da gravidez ou da maternidade” e o “Filtro cognitivo de proteção” da gestante ou mulher no pós-parto.

#### 2.4.1.3 Considerações sobre a segunda versão

Após o julgamento dos peritos, alguns itens da nova escala foram excluídos e outros passaram por modificações. Sendo assim, a Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres

no Pós-Parto (EAGEPP) ficou, neste momento, composta por 75 itens (ANEXO IX), divididos em três partes, sendo a primeira destinada a todas as participantes; a segunda, apenas às gestantes; e a terceira, exclusiva das mulheres no pós-parto. A escala ficou constituída por quatro fatores: “Sentimentos e Crenças de Aceitação Corporal” (itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 22, 23, 29, 31, 40, 44, 47, 50, 51, 52, 54, 62, 64, 68, 69, 70, 71, 73 e 74), “Comportamentos de Aceitação Corporal” (itens 3, 5, 7, 9, 14, 17, 19, 20, 24, 26, 27, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 49, 53, 55, 56, 57, 59, 61, 67, 72 e 75), “Aceitação da Gravidez/Maternidade” (itens 25, 36, 38, 39, 41, 45, 46, 48, 58, 60 e 63) e “Filtro Cognitivo de Proteção” (itens 10, 21, 28, 42, 43, 65 e 66).

A EAGEPP apresenta cinco opções de resposta em escala tipo *Likert* de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente). Vale ressaltar que 40 itens possuem escore invertido, a saber: 8, 10, 13, 14, 16, 19, 20, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 37, 40, 42, 43, 45, 48, 49, 50, 52, 53, 55, 56, 59, 61, 62, 63, 65, 66, 68, 69, 71, 72, 73 e 75. A soma das pontuações de cada item reflete o escore total da escala, sendo que quanto maior o valor obtido, maior a autoaceitação da gestante ou da mulher no pós-parto. Além disso, a soma das pontuações dos itens de cada um dos quatro fatores pode ser interpretada independentemente. Assim, quanto maior o escore por fator, maiores os “sentimentos e crenças de aceitação corporal”, os “comportamentos de aceitação corporal”, a “aceitação da gravidez/maternidade” ou o “filtro cognitivo de proteção”.

Esta versão seguiu para a próxima etapa, a qual correspondeu à avaliação pela população-alvo (pré-teste).

#### **2.4.2 Julgamento do público-alvo (Pré-teste)**

Após os ajustes realizados na EAGEPP com base no julgamento dos peritos, a fim de identificar e eliminar problemas potenciais na mesma, a nova versão foi analisada pelo público-alvo. Inicialmente, não foi delimitado o número máximo de pré-testes que seriam realizados, optando por número suficiente de coletas até que a escala não precisasse de novas alterações. Assim, os pré-testes foram realizados até que ocorresse saturação (Malhotra, 2012). No total, foram necessários três pré-testes com gestantes e mulheres no pós-parto.

### 2.4.2.1 Métodos

#### 2.4.2.1.1 *Participantes*

Como as entrevistadas nesta fase deveriam pertencer à mesma população que o público-alvo da escala, foram incluídas mulheres acima de 18 anos. Por conveniência, foram convidadas aquelas que estivessem frequentando consultas médicas na cidade de Juiz de Fora/MG e que concordassem participar voluntariamente da pesquisa através da assinatura do TCLE específico desta etapa (ANEXO X). Nos três pré-testes desenvolvidos, participaram grávidas independentemente do seu período gestacional. Quanto às mulheres no pós-parto, delimitou-se o período de até seis meses do nascimento do bebê no momento da coleta para a sua inclusão. Salienta-se que a voluntária poderia participar apenas uma vez desta pesquisa como um todo, ou seja, caso tivesse participado da etapa da criação dos itens, ela não poderia compor a amostra dos pré-testes. Neste mesmo sentido, a voluntária gestante ou no pós-parto que participou do primeiro pré-teste, não fez parte dos seguintes.

#### 2.4.2.1.2 *Procedimentos de coleta de dados*

A pesquisadora responsável estabeleceu contato com obstetras que realizavam atendimento pré-natal em uma instituição pública (hospital) e outra privada (consultório) da cidade de Juiz de Fora/MG. Os médicos foram informados a respeito dos procedimentos da pesquisa. Após o consentimento, eles informaram os dias e os horários de atendimento ao público de interesse do presente estudo.

No momento da coleta dos três pré-testes, as gestantes e as mulheres no pós-parto foram convidadas para participar desta investigação enquanto aguardavam atendimento na sala de espera. Elas foram esclarecidas sobre os procedimentos que seriam adotados e, no caso de aceite, foram conduzidas para uma sala reservada individualmente, disponibilizada pela própria

instituição. Neste local, o TCLE do pré-teste foi entregue e elas assinaram confirmando sua participação voluntária. Adicionalmente, no primeiro, segundo e terceiro pré-teste, as mulheres completaram algumas informações para a caracterização sociodemográfica, tais como: idade, idade gestacional ou data do parto, escolaridade, estado civil e número de filhos nascidos.

Em seguida, foi aplicado o “Novo Critério de Classificação Econômica Brasil” (NCCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015) a fim de verificar o nível socioeconômico das participantes (ANEXO XI). 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 100. A classificação é dada por: A - 100 a 45 pontos; B1 - 44 a 38; B2 - 37 a 29; C1 - 28 a 23; C2 - 22 a 17; D e E - 16 a 0.

No primeiro pré-teste, um formulário previamente desenvolvido para esta etapa foi entregue às mulheres (ANEXO XII). Neste documento, inicialmente, elas responderam normalmente ao instrumento sem a interferência da pesquisadora responsável, o qual teve como objetivo verificar se as participantes entendiam o formato e as instruções da EAGEPP. Em outras palavras, buscou-se avaliar se a forma de aplicação desenvolvida originalmente estava adequada. Esperava-se que as gestantes entendessem que deveriam responder às partes I e II, bem como as mulheres no pós-parto às partes I e III. Ao fim deste momento, elas assinalaram sobre o nível de dificuldade para responder às afirmativas (0 - Nenhuma, 1 - Um pouco ou 2 - Muita) e o quão cansativo o instrumento pareceu (0 - Nada cansativo, 1 - Um pouco cansativo ou 2 - Muito cansativo).

Ainda no primeiro pré-teste, o processo chamado de *debriefing* ou interrogatório foi aplicado, de acordo com as recomendações de Malhotra (2012). Assim, solicitou-se às participantes que explicassem com as suas próprias palavras o significado de cada afirmativa, ou seja, que elas falassem o que entenderam sobre cada item. Elas também indicaram as dúvidas encontradas no preenchimento da escala. Sendo assim, a forma de redação dos itens e o conteúdo dos mesmos foram analisados pelo público-alvo nesta etapa.

Após a realização do primeiro pré-teste, a EAGEPP sofreu modificações e uma nova versão da escala foi desenvolvida (ANEXO XIII). Assim, considerou-se necessária a realização de um novo procedimento para avaliação desta nova versão, através do formulário do segundo



pré-teste (ANEXO XIV). Neste, da mesma forma que no primeiro, as mulheres responderam ao questionário sociodemográfico, ao NCCEB, ao instrumento sem qualquer interrupção e avaliaram o nível de dificuldade e o cansaço no preenchimento do mesmo. Ademais, a fim de verificar a preferência das participantes quanto ao formato de redação dos itens (afirmativa em primeira pessoa ou interrogativa em terceira pessoa), foram selecionados aleatoriamente dez itens da EAGEPP, sendo que todos eles correspondiam à parte comum para gestantes e mulheres no pós-parto da escala. Assim, as voluntárias deveriam responder aos itens na forma de pergunta na terceira pessoa ao invés de afirmativa em primeira pessoa. Em seguida, a pesquisadora comparou a resposta dada pela participante a cada um desses dez itens aos mesmos itens quando estavam escritos em afirmativa em primeira pessoa. Caso houvesse divergência entre as respostas, perguntou-se às mulheres o motivo da diferença. Além disso, foi solicitado que a mulher apontasse qual dos dois formatos lhe pareceu mais confortável. Por fim, assim como no primeiro pré-teste, foi realizado o *debriefing*, no qual elas expressaram o seu entendimento a respeito de cada um dos itens.

Após as modificações advindas do segundo pré-teste, uma nova versão da escala foi gerada (ANEXO XV). Considerou-se relevante a realização de um terceiro pré-teste e para tanto, foi desenvolvido um formulário para esta avaliação (ANEXO XVI). Assim como anteriormente, as participantes responderam ao questionário sociodemográfico, ao NCCEB, a EAGEPP e julgaram o nível de cansaço e dificuldade no preenchimento da última escala. Mais uma vez, com as próprias palavras, elas disseram o que entendiam de cada uma das perguntas da EAGEPP (*debriefing*). Após a análise desta etapa, não houve necessidade de novas alterações, finalizando, assim, esta etapa.

#### 2.4.2.1.3 Análise dos dados

Nos três pré-testes realizados, os resultados foram analisados através de frequência absoluta e relativa para os quesitos: dificuldade para responder às afirmativas e cansaço no preenchimento do instrumento. Com relação à análise do *debriefing* ou interrogatório, as respostas das participantes foram analisadas qualitativamente para cada afirmativa do

instrumento, uma a uma. Sendo assim, a subjetividade da pesquisadora a respeito dos comportamentos das mulheres durante a entrevista foi levada em consideração.

Especificamente no primeiro pré-teste, caso a gestante tivesse iniciado ou respondido na íntegra as afirmativas da parte III, considerou-se que a mesma não havia entendido o formato. No mesmo sentido, caso a mulher no pós-parto tivesse assinalado o conjunto de itens destinado às grávidas (parte II), acreditou-se que ela teve dificuldade na compreensão do formato da EAGEPP. Assim, foi verificada a frequência relativa dos erros.

No segundo pré-teste, especialmente, também foi analisada a preferência das participantes quanto ao formato da redação do item, a frequência relativa da divergência entre as duas respostas e a justificativa no caso de discordância entre as mesmas. Concernente ao terceiro e último pré-teste, não houve análises adicionais.

#### 2.4.2.2 Resultados e Discussão

##### 2.4.2.2.1 Primeiro pré-teste

Participaram do primeiro pré-teste 15 gestantes com médias de idade e idade gestacional de 28,93 anos (DP = 6,43 anos) e 30,53 semanas (DP = 6,85 semanas), respectivamente. Também fizeram parte 11 mulheres no pós-parto com média de idade de 26,45 (DP = 6,41 anos) e da data do parto até a data da coleta de dados havia se passado, em média, 1 mês e 24 dias. A Tabela 2 apresenta os dados descritivos da amostra do primeiro pré-teste.

**Tabela 2:** Dados descritivos da amostra do primeiro pré-teste.

Variável	Gestantes		Mulheres no Pós-Parto	
	N	%	N	%
<b>Escolaridade</b>				
Ensino Fundamental	3	20	1	9,1
Ensino Médio	11	73,4	4	36,4

Ensino Superior	1	6,6	6	54,5
<b>Estado civil</b>				
Solteira	4	26,6	4	36,4
Casada	11	73,4	7	63,6
<b>Primeira gestação ou Primeiro pós-parto</b>				
Sim	5	33,4	10	90,9
Não	10	66,6	1	9,1
<b>Nível socioeconômico</b>				
B1	1	6,6	4	36,4
B2	4	26,6	3	27,2
C1	4	26,6	2	18,2
C2	5	33,6	2	18,2
D-E	1	6,6	-	-

---

Fonte: A autora (2018).

No primeiro pré-teste, quanto à compreensão do formato, três gestantes e uma mulher no pós-parto responderam erroneamente à escala, assinalando respostas referentes à parte que não lhes correspondia. Ou seja, 20% das grávidas que deveriam responder às partes I e II, continuaram respondendo à parte III (exclusiva das mulheres no pós-parto). O mesmo aconteceu com 9,1% das mulheres no pós-parto: apesar de terem que preencher apenas as partes I e III, também completaram a parte II (direcionada somente às gestantes).

Além disso, no momento da coleta do primeiro pré-teste, verificou-se que a impressão de todas as partes da EAGEPP era dispensável, tendo em vista que um terço seria deixado em branco. Assim, percebeu-se um desperdício de folhas impressas. Esse fato impacta tanto no ponto de vista ambiental, quanto no econômico. Acredita-se que a divisão da EAGEPP de forma exclusiva para gestantes (Partes I e II) e específica para mulheres no pós-parto (Partes I e III) possa facilitar a reprodução e replicação deste instrumento por futuros pesquisadores e profissionais da área da saúde que tenham interesse em trabalhar com a mesma. Dessa forma, o formato do instrumento foi modificado a fim de que as gestantes recebessem apenas os itens que elas deveriam responder. Similarmente, o conjunto de itens para as mulheres no pós-parto não inclui as afirmativas direcionadas às grávidas. Tendo em vista esta necessidade de alteração, as

instruções às participantes das partes II e III da EAGEPP foram suprimidas. Este novo formato foi testado no segundo pré-teste.

Com relação à dificuldade das gestantes para responder à EAGEPP, nove (60%) não sentiram dificuldade, seis (40%) assinalaram que tiveram pouca dificuldade e nenhuma relatou muita dificuldade ao realizar esta tarefa. Para as mulheres no pós-parto, a EAGEPP foi julgada como “nenhuma dificuldade” por 10 (90,9%) delas e “um pouco de dificuldade” por uma (9,1%). Nenhuma apontou “muita dificuldade”. Quanto ao cansaço no preenchimento do instrumento, 10 (66,8%) gestantes mencionaram que não foi cansativo, quatro (26,6%) avaliaram como pouco cansativo e apenas uma (6,6%) qualificou como muito cansativo. Na visão das mulheres no pós-parto, 10 (90,9%) e 1 (9,1%) delas acharam que foi “nada cansativo” e “um pouco cansativo”, respectivamente. Nenhuma delas assinalou “muito cansativo”. Acredita-se que a extensão da nova escala tenha contribuído para este julgamento.

Concernente à dificuldade para responder à escala, as participantes atrelaram esta complexidade às dúvidas em algumas afirmativas específicas. Estas questões foram analisadas individualmente a fim de aprimorar a EAGEPP. Salienta-se que, a partir da dificuldade de uma das gestantes em compreender os itens no formato de afirmativas na primeira pessoa do singular (participante 6), verificou-se a necessidade de testar a melhor forma de redação dos itens. Dessa forma, no segundo pré-teste foi verificado se os itens foram melhor compreendidos em forma de pergunta na terceira pessoa do singular. Por este motivo, foi necessário adaptar, também, as opções de resposta da seguinte maneira: 1- Nunca; 2- Poucas vezes; 3- Às vezes; 4- Muitas vezes; e 5- Sempre. Acredita-se que esta possa ser uma alternativa para simplificar a escala, facilitando o entendimento das participantes.

A respeito do *debriefing* ou interrogatório, as gestantes e mulheres no pós-parto expressaram, à sua maneira, o entendimento de cada uma das afirmativas referentes à parte I da EAGEPP. Os itens 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 19, 20, 22, 24, 26, 27, 28, 29 e 30 foram considerados compreensíveis e, por isso, não precisaram ser alterados.

Salienta-se que, durante a realização das entrevistas do pré-teste, percebeu-se a necessidade de englobar alguns casos particulares na escrita dos itens, por exemplo, mulheres com gravidez múltipla e aquelas que possuem relação afetiva com outra do mesmo sexo. Assim, algumas afirmativas tiveram que ser adaptadas. Aquelas que possuíam a expressão “de meu filho” passaram a ser “de meu(s) filho(s)”. Aqui é importante explicar que optou-se pela regra da

língua portuguesa que, ao generalizar, adota a escrita no masculino. Além disso, itens que referiam-se ao “meu companheiro” foram alterados para “meu(minha) companheiro(a)”. Em adição, alguns pequenos equívocos foram percebidos nesta etapa e, por isso, mínimas alterações foram realizadas na escala como um todo tendo em vista o ajuste a tempos verbais (por exemplo, “destaquem” para “destacam”), normas ortográficas (“da minha forma” para “de minha forma”) e exclusão de pronome pessoal reto de primeira pessoa (“Eu”) em excesso.

A primeira afirmativa da EAGEPP trouxe uma dúvida pontual em gestantes e mulheres no pós-parto com relação à marcação temporal. As questões das participantes 14 e 21 apontam neste sentido: “É para eu responder enquanto gestante?” e “Está querendo dizer hoje como eu vejo?”. Por se tratar do primeiro item da escala, julgou-se necessário que a delimitação temporal fosse explícita, sem deixar incertezas quanto ao período que deve ser levado em consideração pelas participantes. Assim, a redação do item recebeu um advérbio temporal: “Atualmente, gosto do que vejo ao olhar meu corpo no espelho.”.

A palavra “silhueta” contida no item 3 (“Uso roupas que realcem minha silhueta atual”) foi apontada como incompreensível pelas as participantes 10 e 14. Além disso, verificou-se que o verbo “destacar” é mais usualmente utilizado no vocabulário delas, assim como apontado pela participante 11: “Se eu uso roupas que destacam a minha aparência atual.”. Sendo assim, o item 3 foi alterado a fim de clarificar tais apontamentos da seguinte forma: “Uso roupas que destacam meu corpo atual”.

A participante 15 expressou sua dificuldade em compreender o verbo “ênfatizar” empregado no item 14 (“Evito tirar fotos que ênfatizem minha aparência”). De modo a facilitar, optou-se por substituí-lo pelo verbo “destacar”, já explicado anteriormente. Dessa forma, o item foi alterado para “Evito tirar fotos que destacam minha aparência”. Acredita-se que a afirmativa ficou mais compreensível, mantendo o seu sentido original.

O item 17 [“Adoto comportamentos saudáveis relacionados ao corpo (como praticar exercícios físicos com moderação, comer de modo saudável, etc).]” tinha como objetivo avaliar a adoção de comportamentos saudáveis pelas participantes. Contudo, elas o interpretaram levando em consideração apenas os dois exemplos citados: praticar exercícios físicos com moderação e comer de modo saudável. A participante 2, por exemplo, relatou: “Comer sim. Exercício não”. Acredita-se que a divisão deste item em dois outros independentes para tratar de cada um destes comportamentos não seria a melhor opção, já que os itens 5 (“Para me manter saudável, faço

exercícios físicos, se indicados pelo meu médico.” e 26 (“Para manter minha saúde e de meu bebê, sempre como alimentos saudáveis.”) já retratam esta ideia. Sendo assim, o item foi considerado análogo a outros e foi excluído.

Quanto ao item 18 (“Eu aprecio as características diferentes e únicas de meu corpo atual.”), as participantes 13 e 14, durante as entrevistas, não se mostraram totalmente esclarecidas com o a palavra “características”: “Eu não entendi ‘Características diferentes?’” e “Como assim ‘características’? Não entendi.”, respectivamente. O item foi alterado para: “Aprecio os aspectos diferentes e únicos de meu corpo atual”.

O item 21 (“Eu procuro filtrar as opiniões das pessoas a respeito do meu corpo.”) causou muitas dúvidas nas participantes com relação ao significado da palavra “filtrar”. Uma interpretação correta foi a utilizada pela participante 5: “Como se eu passasse [as opiniões das pessoas] em uma peneira assim. Isso eu vou utilizar e isso não.”. Todavia, dezessete mulheres entenderam de formas equivocadas, como: “Aceitar opiniões” (Participante 1), “Procuo ouvir as opiniões das pessoas a respeito do meu corpo” (Participante 3), “Procuo perguntar às pessoas a respeito do meu corpo” (Participante 23). Por este motivo, considerou-se adequado a modificação do item para: “Procuo selecionar as opiniões das pessoas a respeito de meu corpo, valorizando apenas as positivas”.

Quanto ao item 23 (“Tenho expectativas de que meu corpo retorne rapidamente, após o parto, ao que era antes de ficar grávida.”) foi mantido para as gestantes sem quaisquer alterações. Contudo, as mulheres no pós-parto apontaram que este item não seria adequado para elas já que as mesmas já haviam passado pelo parto. As frases a seguir refletem esta ideia: “Eu tinha essa expectativa, mas agora eu não tenho mais não.” (Participante 16), “Já retornou já.” (Participante 18) e “Tenho. Tinha. Estou satisfeita com isso. Porque eu acho que já atingiu, já retornei melhor. Superou as minhas expectativas, no caso.” (Participante 19). Sendo assim, este item foi excluído para as mulheres do pós-parto.

A partir das falas das participantes, verificou-se que o item 24 (“Controlo meu peso corporal com muita frequência.”) foi interpretado de diferentes formas. Algumas delas explicaram adequadamente o controle do peso corporal como um comportamento de checagem do próprio peso. Outras deduziram este controle como prática de atividade física e hábitos alimentares. Como o sentido pretendido com o item é o primeiro (ato de pesar), o item foi reescrito para explicitar esta ideia (“Procuo me pesar com muita frequência.”).

O item 25 (“Eu aprecio a função que meu corpo está desempenhando.”) apresentou problemas no seu entendimento pela maioria das mulheres avaliadas. Entendendo que a apreciação das funções corporais seja um importante aspecto da autoaceitação, optou-se por reescrever a afirmativa a fim de verificar novamente a sua interpretação. Acredita-se que a partir da nova redação (“Aprecio tudo o que meu corpo é capaz de desempenhar”) seja possível compreendê-la.

Em referência à parte II, apenas as gestantes opinaram sobre este conjunto de itens. As afirmativas 31, 32, 38, 42, 43, 47, 48, 49, 50, 51 e 52 foram compreendidas em sua totalidade pelas participantes, não havendo dúvidas quanto à redação ou conteúdo dos mesmos. Assim, as gestantes foram capazes de reproduzir com as suas próprias palavras o sentido que pretendia-se avaliar. Sendo assim, estes itens foram mantidos sem nenhuma modificação.

Os itens 33 [“Com frequência, comparo o tamanho de partes de meu corpo (como quadril, pernas e seios) com o de outras gestantes.”] e 37 (“Com frequência, comparo o tamanho de minha barriga com o de outras gestantes.”) referiam-se à comparação social de partes do corpo (como quadril, pernas e seios) e da barriga somente, respectivamente. Todavia, verificou-se que as gestantes não diferiram esses itens, como apontado na fala da participante 15, ao reproduzir o seu entendimento do item 33: “Se você fica comparando: ‘Porque a barriga dela está maior, por que a minha não.’”. Por isso, optou-se por aglutinar estas afirmativas. Dessa forma, o item foi alterado para: “Com frequência, comparo meu corpo (como barriga, quadril e seios) com o de outras gestantes.”.

Os itens 35 (“Com frequência, tiro fotos que destacam minha barriga.”) e 44 (“Aprecio as fotos que destacam meu corpo de grávida.”) abordam comportamentos e sentimentos com relação às fotos que destacam a barriga e o corpo de grávida. Na entrevista, percebeu-se que as gestantes entenderam ambos os itens de maneira similar. A participante 13, por exemplo, ao descrever o item 35, relatou: “Se eu tiro fotos enquanto gestante.”. Esta fala demonstra que ela não enfatizou o ato de tirar fotos da barriga, mas sim do corpo grávido como um todo. Além disso, a fim de reduzir o número de itens para que a nova escala torne-se menos cansativa, os itens foram unificados e tornaram-se: “Com frequência, tiro fotos que destacam meu corpo de grávida.”.

O item 34 [“Depois do nascimento de meu filho, farei uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc)”] foi modificado a fim de

responder a uma inquietude de três participantes: “Se eu tivesse dinheiro eu faria sim, mas aí eu coloquei que não porque eu não tenho condições.” (Participante 9), “Não sei com o que, não tenho dinheiro. Só se for esperar pelo SUS.” (Participante 14); e “Não, porque eu não tenho dinheiro, senão eu faria” (Participante 15). Sendo assim, como a condicional “ter dinheiro” esteve presente na fala das entrevistadas, optou-se por incluí-la no item: “Depois do nascimento de meu filho, se eu tiver dinheiro, farei uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc).” Vale ressaltar que, para manter a coerência com esta modificação, a mesma condicional foi adicionada no item 56 (Parte III) o qual é equivalente para as mulheres no pós-parto.

Quanto ao item 40 (“Como grávida, pretendo conseguir um corpo que considero ideal.”), ele foi originalmente escrito para investigar as crenças das gestantes com relação a ter um corpo ideal durante a gestação. Entretanto, algumas grávidas interpretaram o item fazendo alusão a um tempo futuro, comprovado através da fala da participante 8: “Normal, como todas as grávidas que voltam rápido ao corpo. Se eu vou tentar voltar ao que eu era antes.” Dessa forma, considerou-se necessário alterar a afirmativa de forma a deixar mais claro o que se pretendia avaliar: “Durante a gravidez, desejo ter um corpo que considero ideal.”.

A expressão “expectativas positivas” do item 41 (“Tenho expectativas positivas em relação às mudanças que ocorrerão em meu corpo até o fim da minha gestação.”) foi considerada confusa pelas participantes 2 (“‘Expectativas positivas’ é igual a ‘Espero?’”) e 15 (“‘Expectativa positiva’ é o quê?”). Acredita-se que o entendimento ficou prejudicado devido a esta locução. Objetivando facilitar o entendimento, optou-se por alterar o item para: “Espero feliz pelas mudanças que ocorrerão em meu corpo até o fim da minha gestação.”.

O item 46 (“Sinto-me feliz e confortável ao ver minha barriga crescendo durante a gravidez.”) destinava-se a avaliar se a gestante se sentia feliz e confortável ao ver a barriga crescendo durante a gravidez. A participante 5 ressaltou a diferenciação entre os dois adjetivos relatando se sentir: “Feliz sim. Confortável não. Eu sinto desconforto. Com o tempo vai trazendo muito desconforto.”. Sendo assim, optou-se por excluir o adjetivo confortável: “Sinto-me feliz ao ver minha barriga crescendo durante a gravidez.”.

Com relação ao item 53 (“Evito usar roupas que ressaltam minha gravidez.”), verificou-se confusão pelas gestantes no entendimento do verbo “ressaltar”. Assim como anteriormente verificado no item 3, seguindo as próprias falas delas, verificou-se que o verbo “destacar” é mais



comumente utilizado. Por isso, com o intuito de manter o mesmo sentido, optou-se por alterar os verbos. Assim, o item foi modificado para: “Evito usar roupas que destacam minha gravidez.”. Seguindo esta mesma ideia, o verbo da afirmativa equivalente a esta para as mulheres no pós-parto (75, parte III), também foi modificado.

Algumas exclusões foram realizadas na EAGEPP, a partir das falas das gestantes. Foi o caso do item 36 [“Eu lido muito bem com a diminuição de minhas capacidades físicas devido à gravidez (flexibilidade, força, capacidade respiratória, etc)”] que foi excluído por afirmar que todas tiveram as suas capacidades físicas reduzidas com a gravidez. Algumas gestantes podem não ter percebido nenhuma diminuição. Nesse sentido, ela poderia marcar a opção “discordo totalmente” por não sentir essa redução das suas capacidades físicas e não por ter uma menor autoaceitação. Por este motivo, o item foi excluído.

De maneira semelhante, o item 39 [“Apesar de algumas limitações físicas da gravidez, sinto-me plenamente capaz para realizar diferentes tarefas do dia a dia (como agachar, levantar, calçar o sapato, arrumar a casa, etc).”] foi excluído por entender que as dificuldades na realização das tarefas do dia a dia podem ocorrer devido à limitação natural do tamanho da barriga, por exemplo. A participante 9 retrata esta questão: “Agora eu estou usando mais sapato aberto porque fica difícil para abaixar por causa da barriga.”. Ou seja, o item poderia levar esta mulher a marcar a opção “discordo totalmente”, devido a sua real dificuldade em desempenhar estas tarefas, o que não quer dizer que ela não se aceita. Assim, optou-se pela remoção do item.

O item 45 (“Eu sinto que minhas atividades do dia a dia foram muito limitadas por conta da gestação.”) também estava direcionado a esta mesma ideia: caso a gestante não tenha percebido nenhuma limitação no seu dia a dia, ela poderia responder “discordo totalmente”, o que pode não significar uma baixa autoaceitação. Sendo assim, optou-se pela exclusão desta afirmativa.

A parte III da EAGEPP destina-se apenas às mulheres no pós-parto. Segundo a avaliação destas, os itens 55, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 68, 69, 71, 72 e 73 não apresentaram problemas e foram mantidos sem quaisquer alterações.

As falas das mulheres no pós-parto com relação ao item 54 (“Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando uma mãe linda”) ressaltaram a possibilidade de interpretá-lo para além do aspecto da aparência física. Elas entenderam “mãe linda” com um sentido de ações positivas em prol do bebê. As falas seguintes demonstram esta conotação: “Independente se você

está gordinha ou magrinha, você está cumprindo o seu papel de mãe.” (Participante 16); “Uma mãe linda pelo fato de o bebê está bem, você se sente bem porque o bebê está bem.” (Participante 22); e “Porque, às vezes, a pessoa não olha o corpo, mas o que ela faz para o neném. Uma mãe linda, talvez nas qualidades que ela tenha, mas não o corpo perfeito.” (Participante 26). Dessa forma, optou-se por excluir “uma mãe” e com isso, o item passou a ser geral podendo ser respondido por todas as participantes (“Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando linda.”). Assim, ele foi movido para a parte I da EAGEPP. Consequentemente, para que não houvesse afirmativas com o mesmo sentido na parte II (exclusiva para gestantes), o item 31 (“Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando uma gestante muito bonita.”) foi removido.

O item 62 (“Pretendo conseguir um corpo que considero ideal para uma pessoa que já teve filhos.”) causou dúvida com relação à expressão “corpo ideal para uma pessoa que já teve filhos”. Isso pode ser comprovado através da seguinte fala: “Eu entendo que essa pergunta cria um estereótipo. ‘Um corpo ideal para uma pessoa que já teve filhos?’ Não busco isso. Eu pretendo ficar com um corpo que eu julgo que é ideal para mim e não para esse rótulo. Essa pergunta rotula um pouco.” (Participante 19). Como o equivalente deste item na parte II da EAGEPP, também sofreu alteração, considerou-se adequado manter a similaridade entre os itens. Assim, a afirmativa foi reescrita: “Durante o pós-parto, desejo ter um corpo que considero ideal.”

Um pequena alteração foi realizada no item 66 (“Falo para todos que estou no pós-parto para não pensarem ou falarem mal de mim.”) a fim de enfatizar que é o aspecto corporal que está sendo avaliado. A participante 19 retratou esta dúvida: “Por que falariam mal? Com relação ao corpo? Essa pergunta está um pouco confusa. Falariam mal do meu corpo? Eu tenho que falar que eu acabei de ter um filho para as pessoas entenderem o por que do meu corpo estar assim?”. A fim de responder esta questão, o item passou a ser: “Falo para todos que estou no pós-parto para não pensarem ou falarem mal sobre o meu corpo”.

O item 74 (“Meu corpo é atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade.”) também passou por mínimas alterações de forma a explicitar que é a própria mulher se considerando atraente. Essa modificação se justificou pela sugestão da participante 19: “Essa pergunta é difícil porque não dá para entender se vocês estão falando que eu acho atraente ou se talvez as pessoas achem. Atraente para quem?”. Sendo assim, o item foi modificado para: “Considero meu corpo atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade.”.

Quanto às exclusões, o item 58 [“Eu lido muito bem com a diminuição de minhas capacidades físicas devido à maternidade (flexibilidade, força, capacidade respiratória, etc).”] foi removido devido à reflexão levantada pela participante 19: “Acho que essa pergunta está afirmando que há uma diminuição. Eu não notei uma diminuição. Está afirmando uma coisa, que nem sempre a pessoa nota. Eu não notei que eu esteja menos flexível, mais fraca, e etc e tal. Eu não concordo com a pergunta.”. Portanto, a mulher no pós-parto poderia marcar a opção “discordo totalmente”, levando em consideração a não percepção desta diminuição, o que não significa uma menor autoaceitação. Salienta-se que o item equivalente na parte II também foi excluído pelo mesmo motivo.

Outra exclusão ocorreu no item 67 (“Aprecio as fotos que destacam minha aparência no papel de mãe.”). Da mesma forma como ocorreu na parte II com as gestantes, julgou-se desnecessário um segundo item para retratar o comportamento de tirar fotos. Avaliando ser importante a redução do número total de itens da escala, bem como o entendimento de similaridade relatado pelas mulheres no pós-parto entre os itens 57 (“Com frequência, tiro fotos em que apareço de corpo inteiro.”) e 67, o segundo foi excluído.

Após todas estas modificações no primeiro pré-teste, a EAGEPP passou a ser composta por 47 itens para as gestantes e 48 afirmativas para as mulheres no pós-parto (ANEXO XIII), os quais foram submetidos ao segundo pré-teste.

#### *2.4.2.2.2 Segundo pré-teste*

No segundo pré-teste, participaram 10 gestantes e 10 mulheres no pós-parto. No primeiro grupo, a média de idade foi de 26,4 anos (DP = 4,50 anos) e a média da idade gestacional foi de 29,3 semanas (DP = 10,12 semanas). No segundo grupo, a média de idade foi de 31,2 anos (DP = 4,59 anos) e havia se passado da data do parto até a data da coleta de dados, em média, 2 meses e 15 dias. Os dados descritivos da amostra do segundo pré-teste estão contidos na Tabela 3.

Tabela 3. Dados descritivos da amostra do segundo pré-teste.

Variável	Gestantes		Mulheres no Pós-Parto	
	N	%	N	%
<b>Escolaridade</b>				
Ensino Fundamental	1	10	1	10
Ensino Médio	8	80	3	30
Ensino Superior	1	10	6	60
<b>Estado civil</b>				
Solteira	3	30	8	80
Casada	7	70	2	20
<b>Primeira gestação ou Primeiro Pós-parto</b>				
Sim	3	30	0	0
Não	7	70	10	100
<b>Nível socioeconômico</b>				
B1	2	20	4	40
B2	-	-	3	30
C1	6	60	3	30
C2	2	20	-	-
D-E	-	-	-	-

Fonte: A autora (2018).

Sobre a dificuldade das participantes para responder a EAGEPP, seis (60%) e quatro (40%) gestantes assinalaram “pouca” e “nenhuma” dificuldade, respectivamente. Neste quesito, parece que o grupo avaliado no segundo pré-teste considerou esta tarefa mais complexa quando comparado às gestantes do primeiro pré-teste. Contudo, entre as mulheres no pós-parto, nove delas (90%) mencionaram que não tiveram nenhuma dificuldade.

Quanto ao cansaço no preenchimento do instrumento, observou-se melhora considerável neste quesito em relação ao pré-teste anterior. Entre as gestantes, apenas uma (10%) relatou “pouco cansaço”. As demais nove (90%) gestantes e as 10 (100%) mulheres no pós-parto apontaram que esta tarefa não foi nada cansativa.

A partir do *debriefing* do segundo pré-teste, quanto aos itens que são comuns para as gestantes e mulheres no pós-parto, verificou-se que o item 17 (“Aprecio os aspectos diferentes e únicos de meu corpo atual.”) e o 23 (“Aprecio tudo o que meu corpo é capaz de desempenhar”) não foram compreendidos pelas participantes. Ressalta-se que, no primeiro pré-teste, estas afirmativas já haviam apresentado problemas e passaram por reestruturações. Mesmo após alteração na redação, estes itens não se mostraram adequados no segundo pré-teste. Sendo assim, optou-se pela exclusão de ambas as afirmativas. Todos os outros itens (1 a 16, 18 a 22 e 24 a 29) não sofreram quaisquer alterações, pois foram entendidos na íntegra pelas mulheres.

A respeito das afirmativas exclusivas das grávidas, a grande maioria delas (30 a 34 e 36 a 47) foi preservada inalterada. No caso do item 35 (“Durante a gravidez, desejo ter um corpo que considero ideal”), a fala de uma das participantes chamou a atenção por destacar a sua semelhança com o item 30 (“Mesmo grávida, busco constantemente ter um corpo perfeito”). Concordando que os itens se assemelham, optou-se pela exclusão do item 35, mantendo-se apenas o 30. Já com relação aos itens específicos para as mulheres no pós-parto (48 a 66), todas as afirmativas foram entendidas com clareza, não sendo necessárias alterações.

Por fim, com relação à comparação entre as respostas das participantes entre os dez itens na forma afirmativa e os mesmos na interrogativa, pôde-se perceber dissemelhança. Os valores percentuais desta divergência para cada item respondido por gestantes e mulheres no pós-parto estão apresentados na Tabela 4. Quando perguntadas sobre o motivo da diferença de resposta entre os dois formatos, algumas participantes não souberam explicar e outras justificaram com base na diferença da escala *Likert*. Enquanto na forma de afirmativa os itens têm a possibilidade de resposta de “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”, na interrogativa, as mulheres tinham como opção de “Nunca” a “Sempre”.

Tabela 4. Percentual de divergência entre itens na afirmativa e na interrogativa.

Questão	Percentual de divergência (%)	
	Gestantes	Mulheres no pós-parto
1	90	40
5	100	90

9	40	50
13	60	50
17	60	70
20	70	90
21	70	50
23	90	80
26	30	60
29	80	30

---

Fonte: A autora (2018).

Ainda concernente ao formato de redação dos itens, as gestantes e mulheres do pós-parto se sentiram mais confortáveis em respondê-los, em sua maioria, na forma de pergunta em terceira pessoa (55%; n=11). Além disso, 30% (n=6) das participantes relataram não ter preferência, enquanto apenas 15% (n=3) delas optaram pelos itens em forma de afirmativa em primeira pessoa. Parece que o principal motivo desta preferência se baseia nas opções de resposta, como pode ser exemplificado nas seguintes falas: “Porque com o item em forma de pergunta, a gente tem mais opções. Você tem um meio termo. Acho ‘Discordo’ e ‘Concordo’ muito difícil. Acho que ‘Às vezes’ é mais fácil de entender” (participante 17), “O modo da resposta que eu tenho que marcar” (participante 5), “Na afirmativa é o ‘Concordo totalmente’, mas eu marcaria muitas vezes, porque nem sempre a gente olha no espelho e concorda 100%” (participante 1). Dessa forma, optou-se pela alteração da redação dos itens da EAGEPP: ao invés de afirmativas em primeira pessoa, eles foram modificados para o formato de perguntas em terceira pessoa. Sendo assim, considerou-se necessária a realização de um terceiro pré-teste, a fim de testar a compressão das mulheres em relação à estas perguntas e, principalmente, ao novo formato de resposta.

Vale ressaltar que algumas alterações na escala tornaram-se imprescindíveis devido ao novo formato. Em primeiro lugar, o enunciado foi adaptado para indicar que as participantes deveriam responder a perguntas e verificar qual opção melhor responde a cada questão (“Por favor, leia cada pergunta cuidadosamente e assinale em cada linha a melhor opção de resposta para você. Não há resposta certa e nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.”). Em segundo

lugar, como a nova escala *Likert* está relacionada à ideia de frequência com que a mulher pensa, sente ou se comporta diante de determinada situação, todos os marcadores temporais (“Com frequência”, “Constantemente”, “Com muita frequência” e “Muitas vezes”) foram excluídos.

Somado a estas, foram ainda necessárias modificações em alguns itens, como foi o caso das questões 32 [“Depois do nascimento de meu(s) filho(s), se eu tiver dinheiro, farei uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc.)”] e 49 [“Assim que for possível, se eu tiver dinheiro, farei uma cirurgia plástica em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc.)”]. A fim de que elas pudessem ser respondidas na nova escala *Likert* (“Nunca” a “Sempre”), ao invés de “(...) farei uma cirurgia plástica (...)”, em ambos os casos, substituiu-se por “(...) você pensa em fazer uma cirurgia plástica (...)”. Por fim, com a transformação dos itens de afirmativas para perguntas, optou-se por conduzir o item 43 (“Logo após o parto, pretendo começar uma busca diária por um corpo magro.”) para a tronco comum da escala para gestantes e mulheres no pós-parto da seguinte forma: “Você busca diariamente um corpo magro e perfeito?”. Sendo assim, os itens 30 (“ Mesmo grávida, busco constantemente ter um corpo perfeito.”) e 48 (“Logo após o parto, comecei uma busca diária por um corpo magro e perfeito.”) tiveram que ser excluídos, já que ficaram semelhantes ao 43.

Ao final do segundo pré-teste, a quarta versão da EAGEPP estava composta por 43 itens para gestantes (itens 1 a 43) e 46 itens para mulheres no pós-parto (itens 1 a 28 e 44 a 61) (ANEXO XV), os quais seguiram para o terceiro pré-teste. Assim como os pré-testes anteriores, um formulário específico para este momento também foi elaborado (ANEXO XVI).

#### 2.4.2.2.3 Terceiro pré-teste

No terceiro e último pré-teste, 7 gestantes ( $M = 26,43$ ;  $DP = 5,35$  anos) e 7 mulheres no pós-parto ( $M = 30,00$  anos;  $DP = 4,90$  anos) responderam ao formulário. A idade gestacional média foi de 22,43 semanas ( $DP = 10,74$  semanas) e da data do parto até o dia da entrevista, havia se passado, em média, 3 meses e 11 dias. A Tabela 5 apresenta dos dados descritivos da amostra do terceiro pré-teste.

Tabela 5. Dados descritivos da amostra do terceiro pré-teste.

Variável	Gestantes		Mulheres no Pós-Parto	
	N	%	N	%
<b>Escolaridade</b>				
Ensino Fundamental	2	28,5	1	14,3
Ensino Médio	4	57,2	4	57,2
Ensino Superior	1	14,3	2	28,5
<b>Estado civil</b>				
Solteira	2	28,5	2	28,5
Casada	5	71,5	5	71,5
<b>Primeira gestação ou Primeiro Pós-parto</b>				
Sim	0	0	3	42,8
Não	7	100	4	57,2
<b>Nível socioeconômico</b>				
A	2	28,6	1	14,3
B1	-	-	2	28,6
B2	2	28,6	2	28,6
C1	3	42,8	1	14,3
C2	-	-	1	14,2
D-E	-	-	-	-

Fonte: A autora (2018).

Com relação à dificuldade no preenchimento da EAGEPP, seis (85,7%) grávidas e seis (85,7%) mulheres no pós-parto não tiveram nenhuma dificuldade. Uma (14,3%) gestante e uma (14,3%) mulher no pós-parto assinalaram “um pouco difícil”. Nenhuma participante considerou a tarefa muito difícil. Quanto ao cansaço, cinco (71,5%) e seis (85,7%) gestantes e mulheres no pós-parto, respectivamente, apontaram como “nada cansativo” o ato de responder à EAGEPP. Duas (28,5%) grávidas e uma (14,3%) mulher no pós-parto julgaram a avaliação como “um pouco cansativa”. Novamente, nenhuma avaliada achou “muito cansativa” a tarefa. Sendo assim, considera-se que houve melhora nestes dois quesitos desde a realização do primeiro pré-teste.



A partir da análise protocolar e *debriefing* do terceiro pré-teste, verificou-se que a EAGEPP estava compreensível na íntegra para o público-alvo. Desta forma, todos os itens foram considerados claros, não sendo necessárias quaisquer alterações. Vale ressaltar que, através das entrevistas, comprovou-se que a redação dos itens em forma de perguntas na terceira pessoa foi assimilada com maior facilidade pelas participantes. Além disso, a escala *Likert* variando de “Nunca” a “Sempre” foi avaliada como pertinente e adequada, não causando dúvida às gestantes e às mulheres no pós-parto.

Salienta-se que, após a análise do terceiro pré-teste, a EAGEPP foi analisada por uma especialista da língua portuguesa. Algumas pequenas alterações foram consideradas pertinentes a fim adequar os itens da escala às regras do idioma. Neste momento, a EAGEPP (ANEXO XVII) ficou pronta para seguir para a próxima etapa: Análise empírica e psicométrica dos dados.

#### 2.4.2.3 Considerações sobre os pré-testes

A partir do julgamento do público-alvo, a EAGEPP passou por uma ampla reformulação. Ao longo do processo da realização dos três pré-testes, o formato da escala, a estrutura e redação dos itens e as opções de resposta foram alterados com intuito da nova escala tornar-se mais clara e sensível à avaliação da autoaceitação de gestantes e de mulheres no pós-parto. Ao final desta etapa, a EAGEPP constituía-se por itens em forma de pergunta na terceira pessoa e em duas versões: Gestantes (item 1 ao 43) e Mulheres no Pós-Parto (item 1 ao 28 e 44 ao 61), sendo as opções de resposta em escala do tipo *Likert* de cinco pontos (“Nunca” = 1 ponto; “Poucas vezes” = 2 pontos; “Às vezes” = 3 pontos; “Muitas vezes” = 4 pontos; e “Sempre” = 5 pontos). Ressalta-se que alguns itens possuem pontuação invertida, sendo eles: 8, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 34, 35, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59 e 61.

Desta forma, com todas as modificações durante a segunda etapa desta pesquisa (análise teórica dos itens), a nova escala apresentou validade de conteúdo. Diante disso, deu-se início aos procedimentos para a análise empírica e psicométrica da EAGEPP.

## 2.5 TERCEIRA E QUARTA ETAPAS: ANÁLISE EMPÍRICA E PSICOMÉTRICA

Na terceira e quarta etapas desta pesquisa foram utilizadas operações estatísticas pertinentes em Psicometria, a fim de estimar a qualidade de cada item e do conjunto de itens como um todo, bem como obter informações sobre a validade e a confiabilidade do novo instrumento (DeVellis, 2012; Pasquali, 2010). Para tanto, após a avaliação da EAGEPP pelos peritos e pelo público-alvo, esta nova escala foi aplicada em uma amostra grande e representativa de gestantes e mulheres no pós-parto do Brasil.

### 2.5.1 Métodos

Esta fase caracteriza-se como uma abordagem quantitativa, a qual visa medir opiniões, atitudes e comportamentos, para então, classificá-los e analisá-los estatisticamente (Thomas et al., 2012). Ademais, trata-se de uma investigação transversal já que avalia como determinadas variáveis se comportam em um único momento (Thomas et al., 2012).

#### 2.5.1.1 Participantes

Para esta etapa, as análises foram realizadas separadamente para gestantes e mulheres no pós-parto, a fim de considerar a especificidade de cada período. Assim, o cálculo amostral com base nas recomendações de Pasquali (2010), o qual considera como adequado entre o número 5 a 10 participantes para a AFE e a mesma proporção de voluntárias diferentes para a AFC.

Da mesma forma que nas etapas anteriores, foram incluídas gestantes de todos os períodos gestacionais e mulheres de até seis meses no pós-parto, acima de 18 anos e que concordaram participar voluntariamente da pesquisa através da assinatura do TCLE específico dessa etapa (ANEXO XVIII). Vale ressaltar que aquelas mulheres que participaram das etapas

anteriores não fizeram parte deste momento. Foram excluídas aquelas que apresentaram dados incompletos.

A fim de abranger uma maior heterogeneidade da amostra, buscou-se incluir mulheres de diferentes regiões brasileiras e em diversos ambientes. Sendo assim, a coleta de dados foi realizada em pelo menos uma cidade do Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil. Dentre os locais de coleta estão: consultórios particulares de obstetrícia e pediatria, hospitais públicos, postos de saúde, feiras e/ou eventos para gestantes e bebês, cursos de gestantes, bancos de leite humano, postos de vacinação e testes infantis, academia de natação para gestantes e bebês. Ademais, também foram estabelecidos contatos individuais através de indicações.

#### 2.5.1.2 Instrumentos

Com o propósito de acessar dados sociodemográficos, obstétricos e antropométricos, as participantes responderam a um questionário simples com perguntas diretas e objetivas. Esse instrumento, desenvolvido pela própria pesquisadora, continha questões a fim de obter informações, tais como: idade, naturalidade, escolaridade, estado civil, número de filhos nascidos, relação com o pai do bebê, apoio familiar, planejamento da gestação e desejo inicial na provocação de um aborto. As gestantes também informaram a idade gestacional e se a gestação apresentava alguma condição de risco (ANEXO XIX), enquanto as mulheres no pós-parto, a data de nascimento do filho (ANEXO XX). Neste mesmo instrumento, ambas responderam a dados antropométricos (massa corporal e estatura), para posterior cálculo do IMC, dado através da divisão da massa corporal pela estatura elevada ao quadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Em seguida, também foi verificado o estado nutricional da participante, sendo que, no caso da gestante, levou-se em consideração a semana gestacional, como proposto para essa população (Brasil, 2005) (ANEXO XXI), podendo ser classificada com baixo peso, peso adequado, sobrepeso ou obesidade. Para as mulheres no pós-parto, considerou-se os valores padrões para a população adulta [IMC abaixo de  $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ : baixo peso; IMC maior ou igual a  $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$  e menor que  $25,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ : peso adequado (eutrófica); IMC maior ou igual a  $25,0 \text{ kg}/\text{m}^2$  e menor que  $30,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ : sobrepeso; e IMC maior ou igual a  $30,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ : obesidade] [World Health Organization (WHO), 1995].

Neste questionário ainda foram inseridas duas perguntas a fim de verificar a validade convergente. Na primeira, a participante deveria apontar: “A respeito de seu corpo, você está: (1) Completamente insatisfeita; (2) Pouco satisfeita; (3) Indiferente; (4) Muito satisfeita; ou (5) Completamente satisfeita”. Na segunda, ela deveria responder: “Você aceita a sua condição atual? (1) Nunca; (2) Poucas vezes; (3) Às vezes; (4) Muitas vezes; ou (5) Sempre”.

Para identificar o nível socioeconômico, assim como no pré-teste, foi utilizado o NCCEB (ABEP, 2015; ANEXO XI). Da mesma maneira, foram adotados os seis estratos a partir da pontuação da participante: A - 100 a 45 pontos; B1 - 44 a 38; B2 - 37 a 29; C1 - 28 a 23; C2 - 22 a 17; D e E - 16 a 0.

Além da nova escala, foram aplicados outros instrumentos com intuito de avaliar a validade convergente. A *Body Appreciation Scale* (BAS) foi utilizada a fim de coletar dados a respeito da apreciação corporal, um dos aspectos da imagem corporal positiva (ANEXO XXII). A versão utilizada na presente pesquisa foi validada para mulheres adultas por Swami et al. (2011). Trata-se de um instrumento de autorrelato, composto por 13 itens, com cinco opções de resposta em escala *Likert* de pontos, variando de um (nunca) a cinco (sempre). As exceções são os itens nove e 12, os quais apresentam pontuação invertida. Através da soma dos itens é dado o escore total, o qual quanto maior, maior também será o nível de apreciação corporal da respondente. As confiabilidades para as amostras de gestantes e de mulheres no pós-parto foram verificadas por meio do cálculo do alfa de Cronbach e apresentaram valores considerados adequados ( $\alpha=0,891$  e  $\alpha=0,883$ , respectivamente).

A *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSS; Dini, Quaresma, & Ferreira, 2004) foi empregada para avaliar a autoestima da participante (ANEXO XXIII). Este instrumento é composto por 10 itens, com quatro opções de respostas do tipo *Likert* de pontos (Discordo fortemente = 0 ponto; Discordo = 1 ponto, Concordo = 2 pontos, Concordo fortemente = 3 pontos). Neste caso, cinco itens possuem pontuação reversa. 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 mulher. Para as amostras da presente etapa, a RSS apresentou consistência interna adequada ( $\alpha=0,874$  para gestantes e  $\alpha=0,977$  para mulheres no pós-parto).

O *Beck Depression Inventory* (BDI), validado no Brasil por Gorenstein e Andrade (1998) (ANEXO XXIV), foi utilizado a fim de verificar a presença de sintomas depressivos. Ele investiga como a pessoa sentiu-se na última semana através de 21 itens. Com relação à

pontuação, obtém-se o escore total realizando a contagem de cada item, correspondentes às alternativas assinaladas. Cada questão apresenta quatro alternativas (0, 1, 2, 3). Ressalta-se que, caso a avaliada tenha marcado mais de uma opção, utiliza-se a afirmação com a avaliação mais alta para calcular o escore total. E ainda, se a examinada indicar que deliberadamente está tentando perder peso, o escore da questão 19 não é somado no escore total. A pontuação, então, varia entre zero a 63, sendo que escores mais altos indicam maiores sintomas depressivos. Os valores de alfa de Cronbach encontrados apontaram boa confiabilidade do BDI, tanto para gestantes ( $\alpha=0,872$ ) quanto para mulheres no pós-parto ( $\alpha=0,863$ ).

Quanto aos instrumentos, é válido destacar, ainda, que eles foram apresentados na mesma ordem para todas as participantes, ou seja, foi preferido não aleatorizá-los. Isso porque optou-se por deixar na sequência de importância. Acredita-se que a maior atenção deveria ser dada à nova escala criada, seguida pela BAS, RSS e BDI, devido aos objetivos propostos. Sendo assim, este foi o conjunto apresentado à todas as gestantes e mulheres no pós-parto da presente pesquisa.

### 2.5.1.3 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados desta etapa foi realizada entre os meses de Outubro de 2016 a Março de 2017. Tendo em vista a heterogeneidade amostral, várias estratégias para a coleta dos dados foram traçadas. Os contatos foram estabelecidos, principalmente, por e-mail, telefone e/ou presencial. Torna-se essencial ressaltar que seguiram-se critérios para que fosse possível a padronização da coleta. As participantes foram convidadas de forma simples, ou seja, a responsável pela entrega do formulário apenas perguntou se ela poderia participar de uma pesquisa de doutorado. Todas as informações necessárias a respeito do estudo estavam contidas no TCLE. Assim, elas não receberam maiores orientações verbais. Todos os instrumentos foram respondidos em um mesmo dia, individualmente e não houve limite de tempo para o preenchimento dos mesmos. No caso da coleta de dados em locais sem a presença da pesquisadora responsável, os formulários foram enviados pelos Correios. Sendo assim, todas as voluntárias participaram da pesquisa através de formulário impresso.

Inicialmente, estabeleceu-se contato com quatro empresas responsáveis pela organização de feiras para gestantes e bebês. Uma delas permitiu a coleta em todos os eventos os quais ela desenvolvesse que incluíam as cidades do Rio de Janeiro/Rio de Janeiro (RJ) e Campinas/São Paulo (SP). Outra autorizou a coleta no evento em Curitiba/Paraná (PR). As demais empresas, que tinham atuação em Brasília/Distrito Federal (DF) e Belo Horizonte/MG, não responderam à solicitação ou não permitiram por acharem inconveniente o desenvolvimento de uma pesquisa durante as feiras, respectivamente. Assim, foram coletados dados em três feiras (Rio de Janeiro/RJ, Campinas/SP e Curitiba/PR), pela própria pesquisadora responsável e/ou por colaboradores com experiência em coleta de dados. Vale destacar que a grande maioria das convidadas (aproximadamente 70%) nestes eventos aceitaram participar da pesquisa. Contudo, aquela parcela que se recusou apontou como motivo: a falta de tempo delas mesmas ou dos acompanhantes ou por acharem o formulário extenso.

Somada a essa estratégia, também verificou-se a possibilidade de convidar as participantes de cursos de gestantes para serem voluntárias na presente pesquisa. Solicitou-se autorização dos responsáveis pelos eventos com antecedência e, após aceite, foram coletados dados em um curso em Três Rios/RJ e quatro, em Juiz de Fora/MG. Apenas em um curso do Rio de Janeiro/RJ não foi possível a realização da coleta, pois não obteve-se resposta dos organizadores. Nestes eventos, o convite foi feito no momento da chegada da mulher ao local do curso ou durante os intervalos de troca de palestrante ou *coffee breaks*. Grande parte (90%) das gestantes aceitou participar da pesquisa. Contudo, houve aquelas (10%) que não devolveram formulário preenchido.

Outra estratégia traçada baseou-se no estabelecimento de contato direto com obstetras e pediatras de Brasília/DF, Juiz de Fora/MG, Cacoal/Rondônia (RO) e Salvador/Bahia (BA). No total, foram contatados trinta médicos a fim de explicar os objetivos e procedimentos da pesquisa. Destes, apenas três se recusaram. Segundo eles, por lidarem exclusivamente com pacientes particulares, as mesmas deveriam ser melhor esclarecidas individualmente sobre a pesquisa. Os demais permitiram que os formulários fossem deixados na secretaria do consultório. Por telefone, a pesquisadora responsável explicou a cada secretária que se tratava de um procedimento simples e como o convite deveria ser feito. Os formulários foram enviados por Correios, no caso de lugares distantes, ou entregues pessoalmente, para as cidades próximas. Nestes locais, as pacientes participaram do estudo enquanto aguardavam atendimento na sala de

espera do próprio consultório. De acordo com as secretárias, a maior taxa de recusa se baseou na falta de tempo da mulher.

As coordenações de três hospitais públicos, um posto de vacinação e testes infantis, um banco de leite humano em Juiz de Fora/MG e uma academia de natação para gestantes e bebês desta mesma cidade e outra no Rio de Janeiro/RJ foram contatadas e esclarecidas sobre a pesquisa. Após consentimento, os dias e os horários de atendimento às gestantes, mulheres no pós-parto e bebês foram disponibilizados. Nestes locais, o convite às mulheres foi realizado pela própria pesquisadora responsável ou por colaboradoras do LABESC (previamente esclarecidas sobre este procedimento da pesquisa). Observou-se que a maior taxa de recusa se deu por parte das recém-mães, as quais estavam com o bebê no colo ou amamentando e não conseguiriam responder individualmente ao formulário.

Por fim, ainda contou-se com a participação de gestantes e mulheres no pós-parto através de indicações de pessoas conhecidas. Nesse sentido, foram traçadas estratégias particulares para que esta mulher pudesse receber o formulário impresso. Na maioria dos casos, as indicadas tiveram acesso ao formulário completo pelo próprio indivíduo que a recomendou. Em algumas situações, elas não retornaram os questionários preenchidos, sem quaisquer justificativas.

Diante do exposto, é possível perceber que buscou-se incluir pelos menos uma cidade de cada uma das cinco regiões do Brasil, a saber: Norte (Cacoal/RO), Nordeste (Salvador/BA), Centro-Oeste (Brasília/DF), Sudeste (Juiz de Fora/MG, Rio de Janeiro/RJ, Três Rios/RJ e Campinas/SP) e Sul (Curitiba/PR). Acredita-se que, devido às diferentes estratégias traçadas, foram incluídas gestantes e mulheres no pós-parto de diferentes cidades e estados, e, conseqüentemente, de diversos contextos culturais e sociais, atingindo o objetivo da heterogeneidade amostral.

#### 2.5.1.4 Análise dos dados

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva dos dados. Nesta, apresentou-se a distribuição dos participantes por região e estados do Brasil, bem como as frequências absolutas e relativas de escolaridade, estado civil, número de filhos, relação com o pai do bebê, apoio

familiar, gravidez planejada, possibilidade de aborto, nível socioeconômico, estado nutricional, presença de condição de risco na gravidez e período gestacional (esses dois últimos no caso das gestantes). Ainda foram calculadas as médias e desvios padrões de idade, IMC, semana gestacional (para gestantes) e tempo percorrido entre o parto e a data da coleta (para mulheres no pós-parto).

Na análise empírica, foi investigada a distribuição de resposta individual (frequência relativa), variância, média e desvio padrão de escores de cada item. Ademais, para serem considerados apropriados, os itens deveriam assumir valores adequados recomendados: média de escore do item entre 1,5 e 4,5; variância idealmente acima de 0,7; correlação item-escore total entre 0,3 e 0,7; correlação entre os itens acima de 0,20; e alfa de Cronbach acima de 0,6 (Malhotra, 2012; Morgado et al., 2014b; Pasquali, 2013).

Na análise psicométrica, foi verificado se a escala é válida e confiável. Vale destacar que a validade de conteúdo já foi testada na segunda etapa com a opinião dos peritos e do público-alvo. A validade de critério não será realizada devido à inexistência de um instrumento considerado “padrão-ouro” específico para esta população. Dessa forma, essa etapa incluiu a avaliação da validade de construto interna, através da realização da AFE (a fim de explorar ou fornecer informações sobre o número de fatores necessários para a melhor representação dos dados) e da AFC (a fim de confirmar ou rejeitar uma teoria) (Morgado et al., 2014b). A validade de construto externa (validade convergente) foi realizada por meio da correlação da nova escala com as duas perguntas desenvolvidas a respeito da insatisfação e aceitação corporal, com os três questionários utilizado (BAS, RSS e BDI) e o IMC. O período gestacional, estado nutricional, escolaridade, estado civil, nível socioeconômico, número de filhos, relação com o pai, apoio familiar, gravidez planejada, pensou em aborto e condição de risco foram utilizadas para verificar a capacidade da nova escala em discriminar grupos. Além disso, também foi calculada a confiabilidade da escala como um todo e de suas subescalas através da realização do cálculo da consistência interna (alfa de Cronbach). Valores acima de 0,70 foram considerados adequados (DeVellis, 2012; Hair Júnior et al., 2009; Hutz et al., 2015). Por fim, salienta-se, ainda, que os pontos de corte foram estabelecidos através do cálculo do Percentil 25 e Percentil 75 para a amostra total.



Para as análises estatísticas, foram utilizados os softwares *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0 e o *Linear Structural Relations* (LISREL) versão 8,51. Em todos os casos, o nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ .

## 2.5.2 Resultados

A partir dos achados da presente pesquisa, verificou-se a necessidade de realizar as análises empírica e psicométrica separadamente para gestantes e mulheres no pós-parto. Acredita-se que essa divisão possibilita verificar as características particulares de cada população, já que a escala poderia se comportar de maneira diferente devido às especificidades de cada uma delas. Assim, foram conduzidas análises independentes resultando em duas escalas, sendo uma para gestantes [Escala de Autoaceitação para Gestantes (*Self-Acceptance Scale for Pregnant Women*) – SAS-PW] e outra para mulheres no pós-parto [Escala de Autoaceitação para Mulheres no Pós-Parto (*Self-Acceptance Scale for Postpartum Women*) – SAS-PPW]<sup>2</sup>. Devido a esta divisão, os itens ganharam numerações independentes. Ou seja, a SAS-PW foi composta dos itens GE1 a GE43 e a SAS-PPW, de PP1 a PP46. Dessa forma, os resultados foram conduzidos em tópicos separados.

### 2.5.2.1 Resultados - Gestantes

Participaram do presente estudo 1288 gestantes. No entanto, 34 foram excluídas por não terem completado 5% ou mais (três itens) da SAS-PW. Assim, no total, 1254 grávidas, com idades entre 18 e 52 anos (Média = 29,00; Desvio Padrão = 4,77) fizeram parte desta investigação. Mulheres das cinco regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e

---

<sup>2</sup> Optou-se por manter as siglas na sua versão em inglês já que os artigos de criação e validação das escalas serão submetidos em revistas internacionais, facilitando, assim, a sua identificação nacional e internacional.

Sul), de 19 estados, do Distrito Federal e de 174 cidades colaboraram com esta investigação. A Tabela 6 apresenta a frequência absoluta e relativa da distribuição das gestantes por naturalidade de estado brasileiro.

Tabela 6. Frequência absoluta e relativa das gestantes por estado brasileiro.

Região	Estado	Gestantes	
		N	%
<b>Norte</b>			
	Amazonas	2	0,2
	Pará	5	0,4
	Rondônia	20	1,6
	Tocantins	1	0,1
<b>Nordeste</b>			
	Alagoas	5	0,4
	Bahia	3	0,2
	Ceará	1	0,1
	Maranhão	1	0,1
	Pernambuco	4	0,3
	Sergipe	2	0,2
<b>Centro-Oeste</b>			
	Distrito Federal	4	0,3
	Goiás	28	2,2
	Mato Grosso	1	0,1
	Mato Grosso do Sul	3	0,2
<b>Sudeste</b>			
	Espírito Santo	5	0,4
	Minas Gerais	469	37,3
	Rio de Janeiro	281	22,4
	São Paulo	131	10,4

**Sul**

Paraná	271	21,6
Rio Grande do Sul	4	0,3
Santa Catarina	13	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>1254</b>	<b>100</b>

Fonte: A autora (2018).

A idade gestacional variou entre três e 42 semanas ( $M = 24,99$ ;  $DP = 8,37$ ), sendo que 148 (11,8%), 497 (39,6%) e 609 (48,6%) participantes estavam no primeiro, segundo e terceiro trimestre, respectivamente. A média do IMC foi de  $27,43 \text{ kg/m}^2$  ( $DP = 4,94$ ) e 168 (13,3%) foram classificadas como baixo peso, 485 (38,7%) com o peso adequado, 371 (29,6%) com sobrepeso e 230 (18,4%) com obesidade (OMS, 2005). E, ainda, 187 participantes (14,9%) apontaram que a gravidez apresentava alguma condição de risco (como por exemplo, diabetes gestacional, hipertensão, trombofilia, gemelar e idade avançada). A Tabela 7 demonstra a distribuição das participantes quanto à escolaridade, estado civil, número de filhos, relação com o pai do bebê, apoio familiar, gravidez planejada, consideração na realização de um aborto e nível socioeconômico.

Tabela 7. Frequência absoluta e relativa das gestantes quanto às variáveis descritivas.

<b>Variável</b>	<b>Gestante</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	95	7,6
Ensino Médio	492	39,2
Ensino Superior	376	30,0
Pós-Graduação	291	23,2
<b>Estado civil</b>		
Solteira	178	14,2
Casada	1059	84,4
Divorciada/Viúva	17	1,4

<b>Número de filhos</b>		
0	695	55,4
1 ou mais	559	44,6
<b>Relação com o pai do bebê</b>		
Ruim	53	4,2
Boa	1201	95,8
<b>Apoio Familiar</b>		
Não	43	3,4
Sim	1211	96,6
<b>Gravidez Planejada</b>		
Não	546	43,5
Sim	708	56,5
<b>Pensou em abortar</b>		
Não	1182	94,3
Sim	72	5,7
<b>Nível socioeconômico</b>		
A	142	11,3
B1	245	19,5
B2	427	34,1
C1	232	18,5
C2	146	11,6
D/E	62	4,9

Fonte: A autora (2018).

#### 2.5.2.1.1 Análise empírica - Gestantes

Nesta etapa, objetivou-se avaliar a distribuição de resposta individual, variância, média, mediana e desvio-padrão de cada um dos 43 itens da SAS-PW. Para todas essas análises, considerou-se a amostra total de gestantes (n = 1254). Segundo Pasquali (2010), para que o item

seja considerado adequado, o mesmo deve assumir média de escores entre 1,5 e 4,5 e variância idealmente acima de 0,7. Aqueles que apresentaram valores fora destes parâmetros foram considerados possíveis candidatos à eliminação na próxima etapa. A Tabela 8 apresenta a análise descritiva das respostas dos participantes. É possível observar que o item 25 não apresentou índice adequado de variância e de média. As médias dos itens 32, 36 e 39 ficaram fora do intervalo ideal. Assim, estes itens foram analisados com cautela nas etapas seguintes.

Tabela 8. Análise descritiva das respostas das gestantes.

Item	Respostas (%) <sup>1</sup>					Variância	Média	Mediana	DP
	1	2	3	4	5				
1. Atualmente, ao olhar seu corpo no espelho, você gosta do que vê?	2,8	10,4	26,2	27,4	33,3	1,21	3,78	4	1,10
2. Você tem pensamentos positivos em relação a sua aparência corporal?	3,0	8,5	23,0	30,9	34,6	1,17	3,85	4	1,08
3. Você usa roupas que destacam seu corpo atual?	6,9	11,5	26,6	27,0	28,1	1,44	3,58	4	1,20
4. De um modo geral, você está satisfeita com seu corpo?	5,2	8,5	27,5	27,0	31,8	1,32	3,71	4	1,15
5. Para se manter saudável, você faz exercícios físicos, quando esses são indicados pelo seu médico?	22,7	22,4	20,2	13,6	21,1	2,10	2,88	3	1,45
6. Você se sente bem com o corpo que tem agora?	6,2	10,4	25,1	27,2	31,0	1,42	3,66	4	1,19
7. Você procura se manter ativa e disposta para desempenhar suas atividades?	5,3	11,8	21,8	27,1	34,1	1,43	3,73	4	1,20
8. Você sente vergonha de seu corpo quando está diante de seu(sua) companheiro(a)?	6,4	5,4	19,0	16,3	53,0	1,51	4,04	5	1,23
9. Você elogia seu corpo atual?	14,7	15,4	32,5	19,0	18,5	1,66	3,11	3	1,29
10. Você se sente incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de sua aparência, como tamanho de sua barriga, nariz, seios, formato de seu rosto, acnes, manchas, etc.?	10,8	10,3	20,7	19,1	39,1	1,87	3,65	4	1,37
11. Neste momento, o aspecto de seu rosto agrada você?	6,6	10,8	22,8	26,2	33,7	1,50	3,69	4	1,22
12. Neste momento, você respeita seu corpo como ele é?	2,6	2,9	12,4	22,1	60,0	0,95	4,34	5	0,97
13. Neste período de sua vida, sua felicidade depende de sua forma e de seu peso corporal?	7,6	4,2	12,5	15,0	60,7	1,56	4,17	5	1,25
14. Você evita tirar fotos que destacam sua aparência?	7,8	5,3	15,3	12,7	58,9	1,65	4,09	5	1,28
15. Atualmente, você gosta do tamanho de seus seios?	7,7	7,4	19,9	21,8	43,2	1,60	3,85	4	1,26
16. Você se sente incomodada pelo fato de suas roupas não estarem mais servindo para você?	16,3	11,8	30,0	17,5	24,5	1,87	3,22	3	1,37
17. Você exagera na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tem do surgimento de estrias?	21,6	11,7	18,3	21,1	27,3	2,24	3,20	3	1,50
18. Para não engordar, você é rigorosa em relação a tudo que come e bebe?	6,9	7,5	24,4	26,6	34,6	1,44	3,75	4	1,20
19. Você procura selecionar as opiniões das pessoas a respeito de seu corpo, valorizando apenas as positivas?	28,0	15,0	3,3	14,1	19,6	2,16	2,82	3	1,47
20. Você acha que seu corpo tem boas qualidades?	2,5	6,9	20,1	36,3	34,2	1,04	3,92	4	1,02
21. Você procura se pesar?	36,3	14,0	27,1	14,7	8,0	1,75	2,44	2	1,32
22. Para manter sua saúde e a de seu(s) bebê(s), você come alimentos saudáveis?	1,8	4,1	18,6	31,2	44,3	0,94	4,12	4	0,97
23. Você se preocupa com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar seu corpo menos atraente?	28,6	20,3	24,0	12,8	14,4	1,92	2,64	3	1,39
24. Sua autoestima depende da opinião de seu(sua) companheiro(a) a respeito de sua aparência corporal?	7,5	11,8	25,1	20,6	35,2	1,62	3,64	4	1,27

25. Você pensa tanto em sua aparência que esquece o que é bom para o(s) bebê(s)?	1,4	1,6	6,2	9,6	81,3	<b>0,60</b>	<b>4,68</b>	5	0,77
26. Você evita expor seu corpo em público, em lugares como praias, piscinas, vestiários, etc.?	10,9	6,4	15,5	13,9	53,3	1,92	3,92	5	1,38
27. Apesar das alterações de seu corpo, você está se achando linda?	4,7	8,1	18,7	24,7	43,7	1,37	3,94	4	1,17
28. Você busca um corpo magro e perfeito?	7,2	8,2	22,6	21,0	41,0	1,57	3,80	4	1,25
29. Você compara partes de seu corpo, como barriga, quadril e seios, com as partes do corpo de outras gestantes?	10,0	10,4	24,2	17,5	37,7	1,80	3,62	4	1,34
30. Depois do nascimento de seu(s) filho(s), se tiver dinheiro, você pensa em fazer uma cirurgia plástica em alguma parte de seu corpo, como nos seios, no abdome, no bumbum, etc.	15,5	9,3	15,6	13,0	46,7	2,27	3,66	4	1,50
31. Você tira fotos que destacam seu corpo de grávida?	6,1	9,8	21,5	18,2	44,4	1,57	3,85	4	1,25
32. Você aceita feliz a sua gravidez?	1,4	2,0	10,4	10,0	76,2	0,73	<b>4,57</b>	5	0,86
33. Você espera feliz pelas mudanças que irão ocorrer em seu corpo até o fim de sua gestação?	4,1	6,0	18,0	21,1	50,9	1,29	4,09	5	1,13
34. Você fica incomodada porque não consegue um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades grávidas?	4,0	3,9	14,3	13,8	64,0	1,20	4,30	5	1,10
35. Você fica incomodada por perceber que algumas pessoas acham que está gorda, enquanto que, na realidade, você está grávida?	7,8	5,3	15,5	13,2	58,2	1,65	4,09	5	1,28
36. Você se sente feliz ao ver sua barriga crescendo durante a gravidez?	1,8	2,0	7,3	10,4	78,6	0,71	<b>4,62</b>	5	0,84
37. Você aceita feliz seu ganho de peso?	7,2	7,3	24,6	20,6	40,0	1,54	3,79	4	1,24
38. Você fica assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme?	12,0	9,2	22,7	12,5	43,6	2,00	3,67	4	1,41
39. Para manter seu corpo em forma, você faz exercícios físicos intensos sem se preocupar com a saúde de seu(s) bebê(s)?	2,6	1,8	8,6	7,9	79,2	0,83	<b>4,59</b>	5	0,91
40. Você acha que seu corpo é atraente, mesmo com o aumento do tamanho de sua barriga?	10,2	13,3	29,4	21,2	25,8	1,63	3,39	3	1,28
41. Você fica preocupada porque acha que sua gravidez causará danos permanentes em seu corpo?	5,6	6,2	21,6	20,1	46,5	1,43	3,95	4	1,19
42. Você evita usar roupas que destacam sua gravidez?	5,3	4,1	12,5	13,2	64,9	1,33	4,28	5	1,15
43. Você tem expectativas de que seu corpo, após o parto, retorne, rapidamente, ao que era antes de você ficar grávida?	33,7	21,4	27,3	11,4	6,2	1,50	2,35	2	1,22

Legenda: DP: Desvio Padrão; Respostas<sup>1</sup>: 1 = nunca; 2 = poucas vezes; 3 = às vezes; 4 = muitas vezes; 5 = sempre. DP: Desvio padrão.

Fonte: A autora (2018).

Em seguida, calculou-se a correlação item-escore total (valor ideal entre 0,3 e 0,7), correlação entre os itens (valor ideal acima de 0,20) e a confiabilidade medida através do alfa de Cronbach de cada subescala (valor ideal acima de 0,6). Na Tabela 9 é possível verificar estes indicadores detalhadamente. Percebe-se que os itens 5, 13, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 39 e 43 apresentaram valores de correlação item-escore total insuficientes. Além disso, a correlação média entre os itens das subescalas “Comportamentos de aceitação corporal” e “Filtro cognitivo de proteção” foram abaixo do valor ideal, bem como o alfa de Cronbach desta última apresentou parâmetro inadequado de confiabilidade.

Tabela 9. Análise empírica dos itens para a amostra de gestantes.

<b>Fator</b>	<b>Item</b>	<b>Correlação item-escore total</b>	<b>Correlação média entre os itens</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
	GE1	0,672		
	GE2	0,646		
	GE4	0,685		
	GE6	0,689		
	GE8	0,404		
	GE11	0,449		
<b>Sentimentos e Crenças de Aceitação Corporal</b>	GE12	0,525	0,28	0,865
	GE13	<b>0,264</b>		
	GE15	0,444		
	GE16	0,462		
	GE20	0,550		
	GE25	0,357		
	GE27	0,620		
	GE37	0,584		
	GE40	0,574		
	GE41	0,459		
	GE43	<b>0,046</b>		
	GE3	0,474		
	GE5	<b>0,181</b>		



	GE7	0,305		
	GE9	0,542		
	GE14	0,522		
	GE17	<b>0,094</b>		
<b>Comportamentos</b>	GE18	<b>0,098</b>	<b>0,099</b>	0,648
<b>de aceitação</b>	GE21	<b>-0,095</b>		
<b>corporal</b>	GE22	<b>0,266</b>		
	GE23	<b>0,263</b>		
	GE26	0,454		
	GE28	0,373		
	GE29	0,326		
	GE30	0,313		
	GE31	0,428		
	GE39	<b>0,141</b>		
	GE42	0,367		
	GE32	0,424		
<b>Aceitação da</b>	GE33	0,539	0,345	0,628
<b>gravidez</b>	GE36	0,460		
	GE38	0,367		
	GE10	0,423		
<b>Filtro cognitivo de</b>	GE19	<b>0,006</b>	<b>0,146</b>	<b>0,429</b>
<b>proteção</b>	GE24	0,323		
	GE34	0,522		
	GE35	0,459		

Fonte: A autora (2018).

Nesse sentido, a análise empírica indicou alguns problemas iniciais com itens específicos e subescalas. No entanto, não houve nenhuma eliminação neste momento. Optou-se, como sugere a literatura (DeVellis, 2012; Hair Júnior et al., 2009), por seguir com a análise psicométrica, tendo cautela na avaliação destes itens e fatores.

### 2.5.2.1.2 Análise psicométrica - Gestantes

#### A) Análise Fatorial Exploratória – Gestantes

Inicialmente, conduziu-se a AFE com uma amostra aleatória próxima ao ideal (20 gestantes por item) (Pasquali, 2010), totalizando 800 gestantes. Essa amostra foi selecionada no banco de dados do total das participantes.

Para a AFE, foram testadas nove possibilidades de ajustamento, considerando três tipos de extração (Principais componentes, Fatoração de eixo principal e Método alfa de análise fatorial) e três tipos de rotação (Varimax, Equamax e Quartimax). O modelo que apresentou melhor ajuste foi o de extração através do método “Principais componentes” e de rotação Varimax. A Tabela 10 apresenta os valores de referência utilizados para esta análise.

Tabela 10. Valores de referência para AFE.

<b>Índices</b>	<b>Valores de referência</b>
KMO – Kaiser-Meyer-Olkin	> 0,6
Esfericidade de Bartlett	≤ 0,05
KMO individual	> 0,6
Comunalidades	> 0,5
Carga fatorial	> 0,5

Fonte: Hair Júnior et al. (2009).

No modelo de melhor ajuste (“Principais componentes” + “Varimax”), foram realizadas 11 rodadas a fim de chegar ao resultado mais ajustado aos parâmetros de referência. Todo o percurso da AFE, incluindo as exclusões realizadas em cada uma das rodadas, encontra-se no Anexo XXV.

Durante estes procedimentos, foram eliminados 31 itens. O Quadro 11 e as Tabelas 11, 12 e 13 apresentam os Testes de KMO e Bartlett, o KMO individual dos itens, as comunalidades dos itens e as cargas fatoriais de cada item, respectivamente, da última rodada. Salienta-se que o

KMO foi 0,918, o teste de esfericidade de Bartlett foi significativa ( $p < 0,0001$ ), o KMO individual de cada item apresentou valor adequado ( $> 0,60$ ), as comunalidades e as cargas fatoriais foram acima de 0,5.

Quadro 11. Teste de KMO e Bartlett da SAS-PW.

<b>Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem</b>		0,918
	Qui-quadrado aprox.	4927,759
<b>Teste de esfericidade de Bartlett</b>	Gl	66
	p	0,0001

Legenda: gl = grau de liberdade.

Fonte: A autora (2018).

Tabela 11. KMO individual dos itens da SAS-PW – última rodada.

	<b>GE1</b>	<b>GE2</b>	<b>GE4</b>	<b>GE5</b>	<b>GE6</b>	<b>GE7</b>	<b>GE9</b>	<b>GE20</b>	<b>GE27</b>	<b>GE32</b>	<b>GE33</b>	<b>GE36</b>
<b>GE1</b>	<b>0,912<sup>b</sup></b>	-0,339	-0,243	0,005	-0,328	0,060	-0,078	-0,003	-0,118	0,036	-0,002	-0,053
<b>GE2</b>	-0,339	<b>0,936<sup>b</sup></b>	-0,080	-0,004	-0,102	-0,105	-0,060	-0,160	-0,161	-0,008	-0,060	0,056
<b>GE4</b>	-0,243	-0,080	<b>0,934<sup>b</sup></b>	0,048	-0,344	-0,039	-0,093	-0,094	-0,066	-0,017	0,026	-0,054
<b>GE5</b>	0,005	-0,004	0,048	<b>0,789<sup>b</sup></b>	-0,058	-0,354	-0,045	-0,047	-0,029	-0,036	0,022	0,039
<b>GE6</b>	-0,328	-0,102	-0,344	-0,058	<b>0,914<sup>b</sup></b>	-0,121	-0,180	-0,038	-0,035	0,064	-0,082	0,011
<b>GE7</b>	0,060	-0,105	-0,039	-0,354	-0,121	<b>0,834<sup>b</sup></b>	0,027	-0,129	0,121	-0,042	-0,025	-0,075
<b>GE9</b>	-0,078	-0,060	-0,093	-0,045	-0,180	0,027	<b>0,966<sup>b</sup></b>	-0,058	-0,101	-0,029	-0,066	0,041
<b>GE20</b>	-0,003	-0,160	-0,094	-0,047	-0,038	-0,129	-0,058	<b>0,958<sup>b</sup></b>	-0,174	-0,070	-0,034	-0,014
<b>GE27</b>	-0,118	-0,161	-0,066	-0,029	-0,035	0,121	-0,101	-0,174	<b>0,946<sup>b</sup></b>	-0,076	-0,134	-0,155
<b>GE32</b>	0,036	-0,008	-0,017	-0,036	0,064	-0,042	-0,029	-0,070	-0,076	<b>0,860<sup>b</sup></b>	-0,280	-0,335
<b>GE33</b>	-0,002	-0,060	0,026	0,022	-0,082	-0,025	-0,066	-0,034	-0,134	-0,280	<b>0,917<sup>b</sup></b>	-0,252
<b>GE36</b>	-0,053	0,056	-0,054	0,039	0,011	-0,075	0,041	-0,014	-0,155	-0,335	-0,252	<b>0,879<sup>b</sup></b>

Legenda: <sup>b</sup> = Medidas de adequação de amostragem (MSA)

Fonte: A autora (2018).

Tabela 12. Comunalidades dos itens da SAS-PW - última rodada.

	<b>Inicial</b>	<b>Extração</b>
<b>GE1</b>	1,000	0,798
<b>GE2</b>	1,000	0,723
<b>GE4</b>	1,000	0,744
<b>GE5</b>	1,000	0,734
<b>GE6</b>	1,000	0,788
<b>GE7</b>	1,000	0,689
<b>GE9</b>	1,000	0,548
<b>GE20</b>	1,000	0,509
<b>GE27</b>	1,000	0,636
<b>GE32</b>	1,000	0,727
<b>GE33</b>	1,000	0,661
<b>GE36</b>	1,000	0,699

Fonte: A autora (2018).

Tabela 13. Cargas fatoriais de cada item da SAS-PW - última rodada.

	<b>Fator</b>		
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>GE1</b>	<b>0,871</b>	0,175	0,090
<b>GE2</b>	<b>0,811</b>	0,197	0,165
<b>GE4</b>	<b>0,836</b>	0,179	0,115
<b>GE5</b>	0,104	0,030	<b>0,850</b>
<b>GE6</b>	<b>0,854</b>	0,153	0,191
<b>GE7</b>	0,223	0,152	<b>0,785</b>
<b>GE9</b>	<b>0,717</b>	0,158	0,093
<b>GE20</b>	<b>0,599</b>	0,293	0,254
<b>GE27</b>	<b>0,663</b>	0,442	0,023
<b>GE32</b>	0,115	<b>0,837</b>	0,115
<b>GE33</b>	0,352	<b>0,729</b>	0,070
<b>GE36</b>	0,222	<b>0,804</b>	0,064

Fonte: A autora (2018).

Assim, o modelo de melhor ajuste na AFE contou com três fatores, sendo o primeiro composto por sete itens (1, 2, 4, 6, 9, 20 e 27), o segundo por três itens (32, 33 e 36) e o terceiro por dois itens (5 e 7). Este último foi excluído, pois para a manutenção de um fator são

necessários no mínimo três itens (Hair Júnior et al., 2009). Dessa forma, esse foi o modelo testado na AFC.

## B) Análise Fatorial Confirmatória – Gestantes

A AFC teve como objetivo testar o modelo sugerido pela AFE, confirmando-o ou refutando-o. Tendo em vista a recomendação de Pasquali (2010), é necessária a inclusão de 20 indivíduos por item. Levando em consideração que a escala sugerida na AFE e testada na AFC foi composta por 10 itens, seriam necessárias, no mínimo, 200 participantes. No total, foram incluídas 454 gestantes para conduzir esta análise. Vale lembrar que essas mulheres foram distintas daquelas da AFE.

Considerando que os dados da presente pesquisa não são aderentes à distribuição normal, utilizou-se o método *Unweighted Least Squares* (ULS) para a mensuração do ajuste geral do modelo. Destaca-se que, dentre alguns métodos de estimação de modelos disponíveis – ULS, *Generalized Least Squares*, *Maximum Likelihood* e *Weighted Least Squares* – conforme apontam Hair Júnior et al. (2009), o método ULS tem sido usualmente empregado na análise de dados não paramétricos e, por esse motivo, foi utilizado neste estudo.

A Tabela 14 apresenta os valores de referência, bem como aqueles encontrados no modelo final da AFC para a amostra de gestantes. Observa-se que todos os valores foram considerados adequados, apontando os primeiros indícios de que o modelo de dois fatores e 10 itens, sugerido na AFE, pode guardar relação com a realidade dos dados.

Tabela 14. Valores de referência e valores encontrados no modelo final da AFC para a amostra de gestantes.

<b>Índices de ajuste absoluto ou incremental</b>	<b>Valores referência<sup>1</sup></b>	<b>Valores encontrados</b>
$\chi^2$ /GL – Qui-quadrado normado	Ideal <3 Aceitável entre 3 e 5	4,04
RMSEA - Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação	< 0,08	0,079

GFI – Índice de Qualidade de Ajuste	> 0,90	0,991
AGFI – Índice Ajustado de Qualidade de Ajuste	> 0,90	0,985
NFI – Índice de Ajuste Normado	> 0,90	0,986
NNFI – Índice de Ajuste Não Normado	> 0,90	0,992
CFI – Índice de Ajuste Comparativo	> 0,90	0,994

---

Fonte: <sup>1</sup>: Hair Júnior et al. (2009).

Com o modelo de mensuração ajustado, outra medida de referência foi a unidimensionalidade da escala. Esta se refere ao quanto os itens estão fortemente associados uns com os outros, representando um só conceito (Hair Júnior et al., 2009). Para essa medida, os resíduos normalizados dos construtos foram observados. Resíduos baixos (<2,58) indicam parâmetros adequados. Embora constatou-se a presença de resíduos positivos que ultrapassem minimamente o parâmetro adotado (3,0 entre os itens 33 e 27; e 3,3 entre os itens 36 e 27), é possível observar indícios de unidimensionalidade do construto, uma vez que todas as medidas do modelo de mensuração foram adequadas. O mínimo desvio da reta demonstrada na Figura 1 comprova os baixos resíduos, indicando que a realidade dos dados tiveram grande aderência ao modelo teórico ajustado.

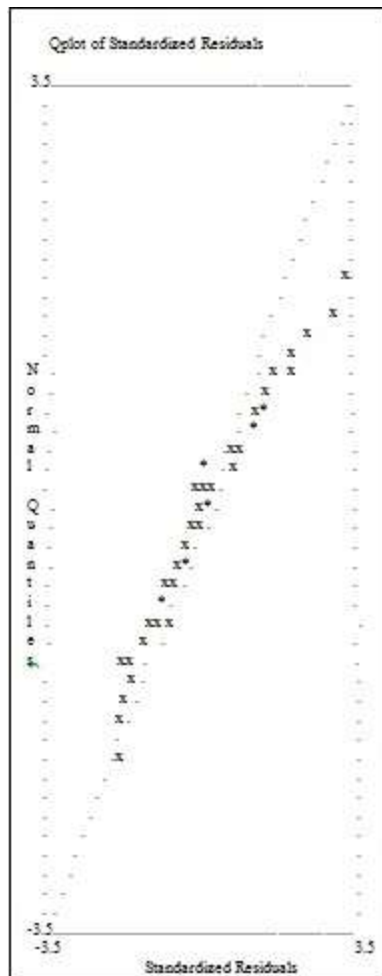


Figura 1. Resíduos padronizados do modelo ajustado para a amostra de gestantes.

Fonte: LISREL<sup>®</sup> 8,51

Após análise do ajuste geral do modelo e da unidimensionalidade da SAS-PW, foi realizada a análise da validade convergente. Um primeiro indício desta análise utiliza como parâmetro as cargas fatoriais. Hair Júnior et al. (2009) consideram que cargas altas sobre um fator indicam que as mesmas convergem para um ponto comum, confirmando, de fato, que os itens são indicadores de um construto específico. Cargas fatoriais altas significam, portanto, que os itens compartilham uma elevada proporção de variância em comum, o que define a validade convergente. Como valor ideal, Hair Júnior et al. (2009) apontam o valor de 0,5 como o mínimo



de carga fatorial. Neste estudo, as cargas fatoriais variaram entre 0,504 e 0,841, oferecendo os primeiros indícios de validade convergente.

A partir destes resultados, avaliou-se um modelo de caminhos (*path analysis*) para as relações causais entre os construtos. A Figura 2 apresenta o diagrama visual da SAS-PW. Resultados mais detalhados da AFC podem ser visualizados no Anexo XXVI.

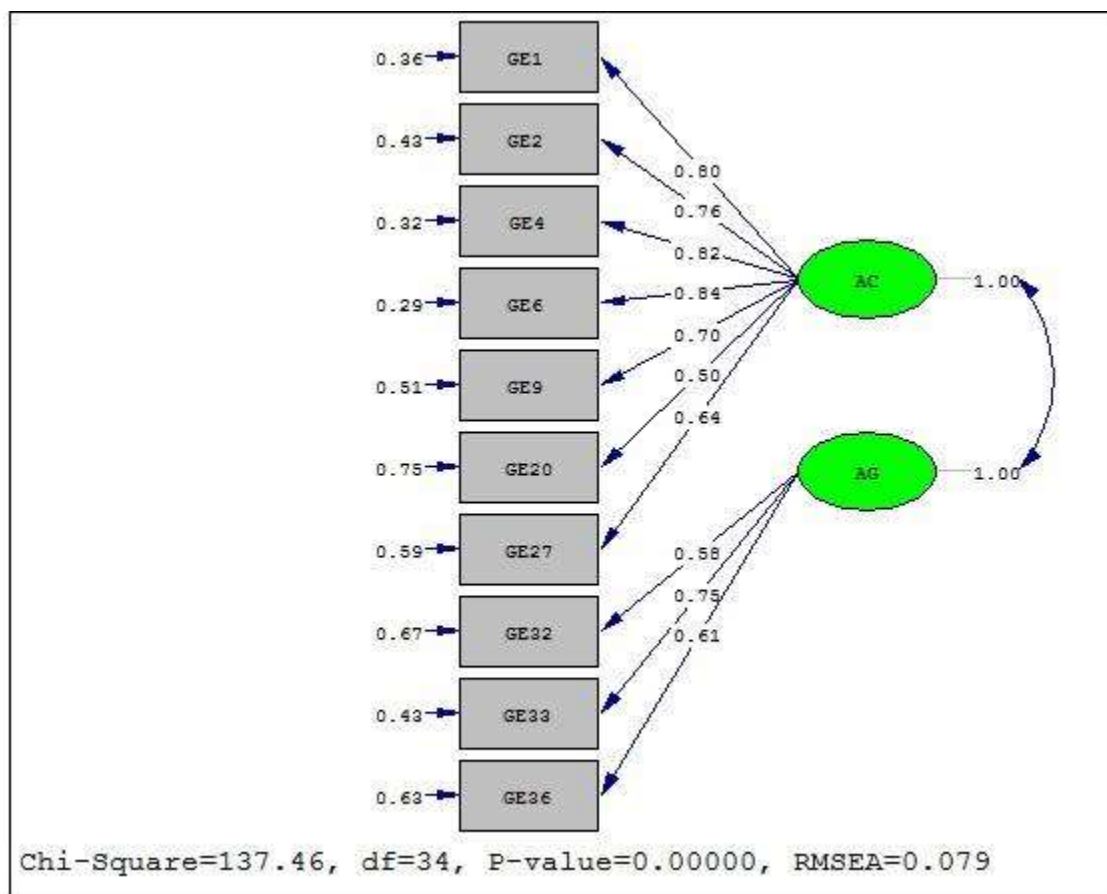


Figura 2. Modelo da Escala de Autoaceitação para Gestantes (SAS-PW).  
Fonte: LISREL<sup>®</sup> 8,51

Ressalta-se que, após a confirmação do modelo da SAS-PW composto por dois fatores na AFC, os 10 itens foram analisados individualmente, com cautela, a fim de se entender teoricamente os mesmos. Percebeu-se que a primeira subescala (composta por sete itens: GE1, GE2, GE4, GE6, GE9, GE20, GE27) manteve coerência com os itens que compunham a subescala “Sentimentos e crenças de aceitação corporal”, com a inserção apenas do item 9,

originalmente desenvolvido na subescala “Comportamentos de aceitação corporal”. Assim, optou-se por renomear a subescala para “Aceitação corporal” (AC).

Com relação à segunda subescala, os três itens que a compuseram (GE32, GE33 e GE36) eram originalmente da subescala “Aceitação da gravidez/maternidade”. Como houve divisão das versões da escala para gestantes e mulheres no pós-parto e “maternidade” referia-se apenas ao segundo público, o nome da subescala foi minimamente alterado para “Aceitação da Gravidez” (AG).

### C) Outros indicadores de validade de construto – Gestantes

A fim de verificar indicadores de validade convergente, análises de correlação foram realizadas tanto do escore total da SAS-PW quanto de suas duas subescalas (AC e AG) com a BAS, RSS, BDI, IMC e as duas perguntas realizadas sobre satisfação e aceitação corporal. A Tabela 15 apresenta os valores das correlações de Spearman. Observa-se que a SAS-PW total, SAS-PW AC e SAS-PW AG correlacionaram-se positiva e significativamente com a BAS, RSS, satisfação e aceitação corporal. Ademais, correlações negativas e significantes foram identificadas com o BDI e o IMC. Logo, gestantes com maiores pontuações na SAS-PW, apresentaram também maiores escores para apreciação corporal (BAS), autoestima (RSS), satisfação e aceitação corporal (perguntas diretas) e menores valores para sintomas depressivos (BDI) e IMC. Ressalta-se que, para estas análises levou-se em consideração a amostra total deste estudo (n=1254 gestantes).

Tabela 15. Correlações (Spearman) para análise de validade convergente da SAS-PW.

<b>Variável</b>	<b>SAS-PW total</b>	<b>SAS-PW AC</b>	<b>SAS-PW AG</b>
<b>BAS</b>	0,736*	0,711*	0,499*
<b>RSS</b>	0,517*	0,486*	0,401*
<b>BDI</b>	-0,432*	-0,431*	-0,266*
<b>IMC</b>	-0,235*	-0,239*	-0,081*

<b>Satisfação corporal</b>	0,646*	0,651*	0,351*
<b>Aceitação corporal</b>	0,481*	0,459*	0,381*

\* $p < 0,01$ .

Legenda: SAS-PW = Escala de Autoaceitação para Gestantes; AC = Aceitação Corporal; AG = Aceitação da Gravidez; BAS = *Body Appreciation Scale*; RSS = *Rosenberg Self-Esteem Scale*; BDI = *Beck Depression Inventory*; IMC = Índice de Massa Corporal.

Fonte: A autora (2018).

Ainda foram realizadas análises com o intuito de verificar a validade discriminante da SAS-PW total entre os grupos de período gestacional, estado nutricional, escolaridade, estado civil e nível socioeconômico. Os resultados dessas comparações podem ser verificados na Tabela 16. A SAS-PW foi capaz de discriminar apenas os grupos por estado nutricional. Sendo assim, os escores das gestantes com baixo peso diferiram daquelas com sobrepeso e obesidade; aquelas classificadas como “adequado” tiveram escores mais altos do que aquelas com sobrepeso e obesidade; e, finalmente, as mulheres com sobrepeso tiveram maior autoaceitação do que as obesas.

Tabela 16. Validade discriminante da SAS-PW em relação ao período gestacional, estado nutricional, escolaridade, estado civil e nível socioeconômico.

Variável	SAS-PW total		Qui-quadrado	<i>p</i>
	Média	Mediana		
<b>Período gestacional</b>				
Primeiro trimestre	37,86	40,0		
Segundo trimestre	39,15	41,0	1,1531	0,465
Terceiro trimestre	39,23	40,0		
<b>Estado Nutricional</b>				
Baixo peso <sup>a,b</sup>	41,53	42,0		
Adequado <sup>c,d</sup>	40,58	42,0		
Sobrepeso <sup>a,c,e</sup>	38,01	39,0	70,453	0,0001*
Obesidade <sup>b,d,e</sup>	35,94	36,5		
<b>Escolaridade</b>				
Ensino Fundamental	37,15	37,0	5,752	0,124

Ensino Médio	38,67	40,0		
Ensino Superior	39,19	40,0		
Pós-graduação	39,77	41,0		
<b>Estado civil</b>				
Solteira	38,18	40,0		
Casada	39,19	40,0	3,790	0,150
Divorciada/Viúva	35,47	35,0		
<b>Nível socioeconômico</b>				
A	39,47	40,0		
B1	39,16	41,0		
B2	39,29	40,0		
C1	38,87	40,0	2,409	0,790
C2	37,80	40,0		
D/E	38,66	39,0		

\*p<0,05.

Legenda: SAS-PW = Escala de Autoaceitação para Gestantes; <sup>a</sup> = diferença entre baixo peso e sobrepeso; <sup>b</sup> = diferença entre baixo peso e obesidade; <sup>c</sup> = diferença entre adequado e sobrepeso; <sup>d</sup> = diferença entre adequado e obesidade; <sup>e</sup> = diferença entre sobrepeso e obesidade.

Fonte: A autora (2018).

A Tabela 17 apresenta as comparações entre o escore total da SAS-PW e as variáveis dicotômicas número de filhos, relação com o pai, apoio familiar, gravidez planejada e possibilidade de aborto. A partir dos achados, com exceção da “relação com o pai do bebê”, é possível perceber que a SAS-PW discriminou todos os demais grupos. As gestantes com maiores níveis de autoaceitação estavam na sua primeira gravidez, tinham apoio familiar, haviam planejado a gestação, não consideraram o aborto e não apresentavam condição de risco gestacional.

Tabela 17. Validade discriminante da SAS-PW em relação ao número de filhos, relação com o pai, apoio familiar, gravidez planejada, possibilidade de aborto e condição de risco.

Variável	SAS-PW total		Mann-Whitney U	p
	Média	Mediana		
<b>Número de filhos</b>				
0	39,65	41,0	140037,00	0,0001*
1 ou mais	37,52	39,0		
<b>Relação com o pai</b>				
Ruim	36,08	38	21556,00	0,085
Boa	39,03	40		
<b>Apoio familiar</b>				
Não	35,82	37,5	16174,50	0,033*
Sim	39,07	40		
<b>Gravidez planejada</b>				
Não	37,56	39,0	159045,50	0,0001*
Sim	40,07	41,0		
<b>Pensou em aborto</b>				
Não	39,34	40,0	24808,50	0,0001*
Sim	32,88	32,0		
<b>Condição de risco</b>				
Não	39,31	40,0	88068,50	0,020*
Sim	37,26	39		

\*p<0,05.

Legenda: SAS-PW = Escala de Autoaceitação para Gestantes.

Fonte: A autora (2018).

### 2.5.2.1.3 Análise empírica após modelo final ajustado – Gestantes

A partir do modelo proposto pela AFE e confirmado na AFC, foi realizada novamente a análise empírica, considerando os 10 itens nos dois fatores finais. Foram avaliadas a correlação item-escore total, bem como a correlação média entre os itens e o alfa de Cronbach para cada subescala. A Tabela 18 apresenta a análise empírica dos itens após o ajuste do modelo. Com relação à confiabilidade da SAS-PW total, calculada através do alfa de Cronbach, encontrou-se valor considerado adequado e elevado ( $\alpha=0,905$ ). É válido salientar que essas análises foram realizadas considerando a amostra total do estudo ( $n=1254$  gestantes).

Tabela 18. Análise empírica dos itens para a SAS-PW – ajustada.

<b>Fator</b>	<b>Item</b>	<b>Correlação item-escore total</b>	<b>Correlação média entre os itens</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>AC</b>	GE1	0,786		
	GE2	0,753		
	GE4	0,757		
	GE6	0,776	0,600	0,912
	GE9	0,630		
	GE20	0,626		
	GE27	0,721		
<b>AG</b>	GE32	0,456		
	GE33	0,593	0,542	0,767
	GE36	0,521		

Legenda: AC = Aceitação Corporal; AG = Aceitação da Gravidez.

Fonte: A autora (2018).

#### 2.5.2.1.4 Ponto de corte – Gestantes

Com intuito de possibilitar uma interpretação direta para futuros pesquisadores e profissionais da saúde interessados em utilizar a SAS-PW, foram desenvolvidos pontos de corte da escala (Hutz et al., 2015). Os autores apontam que essa categorização é imprescindível o qual possibilita a interpretação do teste, ou seja, atribui significado aos escores obtidos pelo participante na escala (Hutz et al., 2015). Assim, foram estabelecidas três categorias a partir dos percentis 25% e 75%, a saber: baixa autoaceitação (de 10 a 34 pontos), moderada autoaceitação (de 35 a 44 pontos) e alta autoaceitação (de 45 a 50 pontos). Para tanto, levou-se em consideração a amostra total do presente estudo (n=1254 gestantes). Recomenda-se que este ponto de corte seja utilizado em estudos futuros.

A Tabela 19 apresenta uma síntese dos resultados encontrados relacionados aos ajustes gerais e do modelo de mensuração da SAS-PW.

Tabela 19. Síntese do ajuste geral e do modelo de mensuração da SAS-PW.

Fator	Item	Confiabilidade	Validade convergente		Validade discriminante	U	Medidas ajustamento
			Carga fatorial	Correlações			
AC	GE1	$\alpha=0,912$	0,871	A SAS-PW total, SAS-PW AC e SAS-PW AG apresentaram correlação significativa e positiva com: apreciação corporal (BAS), autoestima (RSS), satisfação e aceitação corporal (perguntas diretas); e negativa com sintomas depressivos (BDI) e IMC.	A SAS-PW total possui capacidade de discriminar grupos quanto ao estado nutricional, número de filhos, apoio familiar, gravidez planejada e possibilidade de aborto.	Maior resíduo positivo: 3,3	$\chi^2 / GL = 4,04$ RMSEA = 0,079 NFI = 0,986 NNFI = 0,992 CFI = 0,994 GFI = 0,991 AGFI = 0,985
	GE2		0,811				
	GE4		0,836				
	GE6		0,854				
	GE9		0,717				
	GE20		0,599				
	GE27		0,663				
AG	GE32	$\alpha=0,767$	0,837			Maior resíduo negativo: = -1,8	
	GE33		0,729				
	GE36		0,804				

Legenda: SAS-PW = Escala de Autoaceitação para Gestantes; GE = Gestante; AC = Aceitação Corporal; AG = Aceitação da Gravidez; U = Unidimensionalidade;  $\alpha$  = Alfa de Cronbach; BAS = *Body Appreciation Scale*; RSS = *Rosenberg Self-Esteem Scale*; BDI = *Beck Depression Inventory*; IMC = Índice de Massa Corporal.

Fonte: A autora (2018).



A versão final da SAS-PW resultante desse estudo com adequando parâmetros de validade de construto e confiabilidade interna está representada abaixo. Salienta-se que os itens foram renumerados de 1 a 10. Dessa forma, os itens que compõe a subescala “Aceitação Corporal” são: 1, 2, 4, 5, 7, 8 e 9. A subescala “Aceitação da Gravidez” é composta pelos itens 3, 6 e 10. Não há itens com pontuação reversa.

### ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA GESTANTES (SAS-PW)

Por favor, leia cada pergunta cuidadosamente e marque com um X, em cada linha, a melhor opção de resposta para você. Não há resposta certa nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Atualmente, ao olhar seu corpo no espelho, você gosta do que vê?	1	2	3	4	5
2. Você tem pensamentos positivos em relação a sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
3. Você se sente feliz ao ver sua barriga crescendo durante a gravidez?	1	2	3	4	5
4. De um modo geral, você está satisfeita com seu corpo?	1	2	3	4	5
5. Você se sente bem com o corpo que tem agora?	1	2	3	4	5
6. Você aceita feliz a sua gravidez?	1	2	3	4	5
7. Você elogia seu corpo atual?	1	2	3	4	5
8. Você acha que seu corpo tem boas qualidades?	1	2	3	4	5
9. Apesar das alterações de seu corpo, você está se achando linda?	1	2	3	4	5
10. Você espera feliz pelas mudanças que irão ocorrer em seu corpo até o fim de sua gestação?	1	2	3	4	5

## 2.5.2.2 Resultados - Mulheres no Pós-parto

Foram coletados, no total, dados de 651 mulheres no pós-parto. Todavia, 44 foram excluídas por terem deixado três ou mais itens da SAS-PPW incompletos. Assim, 607 mães com bebês de até seis meses fizeram parte da amostra final do presente estudo. A idade das participantes variou entre 18 e 44 anos ( $M = 29,09$ ;  $DP = 4,78$ ). Foram incluídas mulheres naturais do Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil, de 14 estados, do Distrito Federal e de 110 cidades. As frequências absoluta e relativa da distribuição das mulheres do pós-parto por naturalidade de estado brasileiro estão apresentadas na Tabela 20.

Tabela 20. Frequência absoluta e relativa das mulheres do pós-parto por estado brasileiro.

Região	Estado	Mulheres no Pós-parto	
		N	%
<b>Norte</b>			
	Amazonas	5	0,8
	Pará	7	1,1
<b>Nordeste</b>			
	Alagoas	5	0,8
	Bahia	3	0,5
	Pernambuco	3	0,5
<b>Centro-Oeste</b>			
	Distrito Federal	4	0,7
	Goiás	34	5,6
	Mato Grosso do Sul	6	1,0
<b>Sudeste</b>			
	Espírito Santo	3	0,5
	Minas Gerais	244	40,2
	Rio de Janeiro	100	16,5
	São Paulo	58	9,6

<b>Sul</b>		
Paraná	121	19,9
Rio Grande do Sul	5	0,8
Santa Catarina	9	1,5
<b>TOTAL</b>	<b>607</b>	<b>100</b>

Fonte: A autora (2018).

O tempo percorrido entre a data do parto e a coleta variou entre quatro a 201 dias, sendo que a média foi de 85 dias (DP = 61,0). Tendo em vista os dados antropométricos, é válido ressaltar que 108 (17,8%) participantes deixaram as informações de massa corporal e/ou altura incompletas e 135 (22,2%) responderam com os valores referentes ao bebê ao nascer. Provavelmente, a primeira situação se justifica devido ao desconhecimento quanto ao próprio peso no momento da coleta. Já a segunda, como a mãe geralmente está tão fortemente ligada ao filho, é possível que ela não tenha pensado que se tratava dos próprios dados. Ou seja, ao ler “peso” e “estatura” no questionário sociodemográfico, estas participantes acreditaram se tratar das informações do recém-nascido. O IMC médio daquelas 364 (60,0%) que responderam corretamente foi de 26,26 kg/m<sup>2</sup> (DP = 4,71), sendo que 2 (0,3%), 158 (26,0%), 131 (21,6%) e 73 (12,0%) mulheres no pós-parto foram classificadas com o estado nutricional baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade, respectivamente (WHO, 1995).

As frequências absolutas e relativas das variáveis escolaridade, estado civil, número de filhos, relação com o pai do bebê, apoio familiar, gravidez planejada, consideração na realização de um aborto e nível socioeconômico estão apresentadas na Tabela 21.

Tabela 21. Frequência absoluta e relativa das mulheres no pós-parto quanto às variáveis descritivas.

<b>Variável</b>	<b>Mulheres no Pós-parto</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	38	6,2
Ensino Médio	228	37,6
Ensino Superior	207	34,1

Pós-Graduação	134	22,1
<b>Estado civil</b>		
Solteira	106	17,4
Casada	494	81,4
Divorciada/Viúva	7	1,2
<b>Número de filhos</b>		
1	407	67,1
2 ou mais	200	32,9
<b>Relação com o pai do bebê</b>		
Ruim	24	4,0
Boa	583	96,0
<b>Apoio Familiar</b>		
Não	22	3,6
Sim	585	96,4
<b>Gravidez Planejada</b>		
Não	248	40,9
Sim	359	59,1
<b>Pensou em abortar</b>		
Não	574	94,6
Sim	33	5,4
<b>Nível socioeconômico</b>		
A	48	7,9
B1	89	14,7
B2	183	30,1
C1	136	22,4
C2	85	14,0
D/E	66	10,9

Fonte: A autora (2018).

#### *2.5.2.2.1 Análise empírica – Mulheres no Pós-Parto*

Para a análise empírica inicial da SAS-PPW, considerou-se o número total de mulheres no pós-parto ( $n = 607$ ). Nesta etapa, foram analisados os seguintes indicadores para cada um dos 46 itens: resposta individual, variância, média, mediana e desvio-padrão (Tabela 22). Utilizou-se os mesmos valores de referência adotados na amostra de gestantes: média de escores entre 1,5 e 4,5 e variância idealmente acima de 0,7 (Pasquali, 2010). Todos os itens apresentaram variância adequada. Todavia, os itens 25 e 32 apresentaram médias fora dos parâmetros ideais. Optou-se pela manutenção desses itens para a próxima etapa, os quais foram analisados com cautela.

Tabela 22. Análise descritiva das respostas das mulheres no pós-parto.

Item	Respostas (%) <sup>1</sup>					Variância	Média	Mediana	DP
	1	2	3	4	5				
1. Atualmente, ao olhar seu corpo no espelho, você gosta do que vê?	11,0	18,9	32,5	23,1	14,5	1,43	3,11	3	1,20
2. Você tem pensamentos positivos em relação a sua aparência corporal?	5,3	10,9	28,5	28,7	26,7	1,31	3,61	4	1,14
3. Você usa roupas que destacam seu corpo atual?	18,1	19,3	29,7	21,9	11,0	1,57	2,88	3	1,25
4. De um modo geral, você está satisfeita com seu corpo?	11,5	16,8	29,0	25,9	16,8	1,52	3,20	3	1,23
5. Para se manter saudável, você faz exercícios físicos, quando esses são indicados pelo seu médico?	27,3	20,4	26,7	11,0	14,5	1,87	2,65	3	1,37
6. Você se sente bem com o corpo que tem agora?	14,0	17,0	29,3	22,1	17,6	1,64	3,12	3	1,28
7. Você procura se manter ativa e disposta para desempenhar suas atividades?	4,4	12,7	24,7	27,3	30,8	1,36	3,67	4	1,16
8. Você sente vergonha de seu corpo quando está diante de seu(sua) companheiro(a)?	7,7	9,4	25,4	15,0	42,5	1,69	3,75	4	1,30
9. Você elogia seu corpo atual?	25,9	21,1	28,7	12,7	11,7	1,71	2,63	3	1,31
10. Você se sente incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de sua aparência, como tamanho de sua barriga, nariz, seios, formato de seu rosto, acnes, manchas, etc.?	9,7	12,5	24,5	17,8	35,4	1,79	3,57	4	1,34
11. Neste momento, o aspecto de seu rosto agrada você?	5,5	11,6	23,7	23,6	35,7	1,48	3,72	4	1,22
12. Neste momento, você respeita seu corpo como ele é?	3,1	11,7	22,4	22,1	40,7	1,36	3,86	4	1,17
13. Neste período de sua vida, sua felicidade depende de sua forma e de seu peso corporal?	4,9	5,4	15,7	16,5	57,5	1,37	4,16	5	1,17
14. Você evita tirar fotos que destacam sua aparência?	9,1	7,7	21,9	16,5	44,8	1,75	3,80	4	1,32
15. Atualmente, você gosta do tamanho de seus seios?	11,5	13,3	23,2	16,3	35,6	1,92	3,51	4	1,39
16. Você se sente incomodada pelo fato de suas roupas não estarem mais servindo para você?	19,8	12,2	24,5	16,6	26,9	2,12	3,18	3	1,46
17. Você exagera na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tem do surgimento de estrias?	14,2	7,4	15,3	19,9	43,2	2,07	3,70	4	1,44
18. Para não engordar, você é rigorosa em relação a tudo que come e bebe?	5,8	7,4	23,1	20,1	43,7	1,47	3,88	4	1,21
19. Você procura selecionar as opiniões das pessoas a respeito de seu corpo, valorizando apenas as positivas?	34,3	16,8	25,7	9,7	13,5	1,94	2,51	2	1,39
20. Você acha que seu corpo tem boas qualidades?	4,4	8,9	23,9	28,3	34,4	1,30	3,79	4	1,14
21. Você procura se pesar?	34,4	11,5	24,7	16,8	12,5	2,01	2,61	3	1,42
22. Para manter sua saúde e a de seu(s) bebê(s), você come alimentos saudáveis?	3,8	5,8	25,0	23,1	42,3	1,24	3,94	4	1,12
23. Você se preocupa com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar seu corpo menos atraente?	23,4	18,6	23,6	14,8	19,6	2,04	2,89	3	1,43
24. Sua autoestima depende da opinião de seu(sua) companheiro(a) a respeito de sua aparência corporal?	9,6	15,7	25,7	15,2	33,9	1,82	3,48	3	1,35

25. Você pensa tanto em sua aparência que esquece o que é bom para o(s) bebê(s)?	2,3	2,0	5,8	6,8	83,2	0,73	<b>4,66</b>	5	0,86
26. Você evita expor seu corpo em público, em lugares como praias, piscinas, vestiários, etc.?	16,6	10,0	20,8	15,8	36,7	2,18	3,46	4	1,48
27. Apesar das alterações de seu corpo, você está se achando linda?	7,4	11,4	29,5	21,7	30,0	1,52	3,55	4	1,23
28. Você busca um corpo magro e perfeito?	12,0	14,8	30,8	12,9	29,5	1,83	3,33	3	1,35
29. Assim que for possível, se tiver dinheiro, você pensa em fazer uma cirurgia plástica em alguma parte de seu corpo, como nos seios, no abdome, no bumbum, etc.?	22,2	10,5	15,2	13,7	38,4	2,54	3,35	4	1,59
30. Você tira fotos em que aparece de corpo inteiro?	10,5	10,0	27,7	18,6	33,1	1,74	3,53	4	1,32
31. Você compara o tamanho de sua barriga com o de outras mulheres que tiveram filho recentemente?	25,4	12,2	22,7	11,5	28,2	2,38	3,05	3	1,54
32. Você aceita feliz o fato de ser mãe?	2,5	1,8	5,4	6,4	83,9	0,73	<b>4,67</b>	5	0,86
33. Você controla o tamanho de sua barriga para saber se emagreceu?	22,2	10,7	25,5	13,3	28,2	2,24	3,14	3	1,49
34. Durante o pós-parto, você deseja ter um corpo que considera ideal?	28,2	16,5	31,0	11,7	12,7	1,79	2,64	3	1,34
35. Você fica incomodada com as atribuições da maternidade, como noites em claro, cuidados com o(s) bebê(s), rotina modificada, etc.?	7,9	10,2	27,2	19,8	34,9	1,61	3,63	4	1,27
36. Você está feliz, mesmo após as mudanças que ocorreram em seu corpo?	4,3	4,9	9,4	16,0	65,4	1,22	4,32	5	1,10
37. Você fica incomodada porque não consegue um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades que tiveram filho recentemente?	7,6	5,8	17,6	14,5	54,6	1,63	4,02	5	1,28
38. Você procura informar a todas as pessoas que está no pós-parto, a fim de não falarem mal de seu corpo?	5,4	4,0	14,8	12,2	63,6	1,37	4,24	5	1,17
39. Você se sente angustiada ao perceber que seu corpo mudou?	7,4	6,6	21,2	21,9	43,0	1,55	3,86	4	1,25
40. Você pensa em como voltar ao corpo que tinha antes de engravidar?	31,3	14,2	21,4	12,9	20,3	2,28	2,76	3	1,51
41. Você aceita seu peso corporal atual?	16,8	14,0	18,6	18,8	31,8	2,15	3,34	4	1,47
42. Você fica assustada com a ideia de ficar com uma barriga flácida?	22,7	11,9	28,0	15,5	21,9	2,06	3,02	3	1,44
43. Para voltar à forma física desejada, você faz exercícios físicos intensos, mesmo que tenha de ficar muitas horas distante de seu(s) bebê(s)?	5,4	4,1	12,2	15,5	62,8	1,34	4,26	5	1,16
44. Você fica preocupada pelo fato de achar que sua gravidez causou danos permanentes em seu corpo?	5,1	5,2	17,3	15,5	57,0	1,39	4,14	5	1,18
45. Você considera seu corpo atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade?	12,0	12,5	28,5	19,6	27,3	1,75	3,38	3	1,32
46. Você evita usar roupas que destacam seu corpo atual?	14,2	12,7	25,7	15,5	32,0	1,98	3,38	3	1,41

Legenda: Respostas<sup>1</sup>: 1 = nunca; 2 = poucas vezes; 3 = às vezes; 4 = muitas vezes; 5 = sempre. DP: Desvio padrão.

Fonte: A autora (2018).

A Tabela 23 apresenta os valores das correlações item-escore total, correlações médias entre os itens e alfa de Cronbach de cada subescala. Assim como para a amostra de gestantes, foram adotados os valores de referência sugeridos por Pasquali (2010). Os valores de correlação item-escore dos itens 5, 17, 19, 21, 22, 32, 34, 35 e 43 foram considerados insuficientes. Além disso, a correlação média entre os itens das subescalas “Comportamentos de aceitação corporal” e “Filtro cognitivo de proteção” não atingiram o valor ideal. Em adição, as subescalas “Aceitação da maternidade” e “Filtro cognitivo de proteção” apresentaram valores inadequados de confiabilidade.

Tabela 23. Análise empírica dos itens para a amostra de mulheres no pós-parto.

<b>Fator</b>	<b>Item</b>	<b>Correlação item-escore total</b>	<b>Correlação média entre os itens</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>Sentimentos e Crenças de Aceitação Corporal</b>	PP1	0,656		
	PP2	0,633		
	PP4	0,668		
	PP6	0,676		
	PP8	0,460		
	PP11	0,484		
	PP12	0,620		
	PP13	0,357		
	PP15	0,410		
	PP16	0,522	0,284	0,890
	PP20	0,494		
	PP25	0,317		
	PP27	0,637		
	PP34	<b>0,284</b>		
	PP36	0,310		
	PP39	0,665		
	PP40	0,430		
PP41	0,534			
PP42	0,455			



	PP44	0,527		
	PP45	0,619		
	PP3	0,435		
	PP5	<b>0,093</b>		
	PP7	0,348		
	PP9	0,542		
	PP14	0,553		
	PP17	<b>0,215</b>		
	PP18	0,169		
	PP21	<b>-0,045</b>		
<b>Comportamentos de aceitação corporal</b>	PP22	<b>0,241</b>	<b>0,140</b>	0,751
	PP23	0,337		
	PP26	0,565		
	PP28	0,405		
	PP29	0,377		
	PP30	0,524		
	PP31	0,534		
	PP33	0,390		
	PP43	<b>0,219</b>		
	PP46	0,514		
<b>Aceitação da maternidade</b>	PP32	<b>0,144</b>	0,229	<b>0,350</b>
	PP35	<b>0,296</b>		
<b>Filtro cognitivo de proteção</b>	PP10	0,459		
	PP19	<b>-0,098</b>		
	PP24	0,362	<b>0,122</b>	<b>0,390</b>
	PP37	0,629		
	PP38	0,375		

Fonte: A autora (2018).

Estas análises iniciais apontaram alguns problemas com alguns itens e subescalas. Contudo, assim como na amostra de gestantes, optou-se por não eliminar itens neste momento e

seguir com a análise psicométrica, como recomendado por DeVellis (2012) e Hair Júnior et al. (2009).

#### *2.5.2.2.2 Análise psicométrica – Mulheres no Pós-Parto*

##### A) Análise Fatorial Exploratória – Mulheres no Pós-Parto

A AFE foi conduzida com uma amostra de 405 mulheres no pós-parto, selecionadas aleatoriamente no banco de dados do total das participantes. Pasquali (2010) sugere a inclusão de pelos menos de cinco a dez sujeitos por item do instrumento. Dessa forma, como o instrumento estava composto por 46 itens, foram incluídas aproximadamente nove voluntárias por item nessa análise, atendendo a essa recomendação.

Todas as nove combinações entre os tipos de extração e rotação foram realizadas e o modelo que apresentou melhor ajuste foi o de extração através do método “Principais componentes” e de rotação Varimax. Foram analisados os valores de KMO de adequação de amostragem, esfericidade de Bartlett, KMO individual dos itens, comunalidades e cargas fatoriais adotando os mesmos índices de referência daqueles utilizados para a amostra de gestantes, conforme proposto por Hair Júnior et al. (2009) (Tabela 10). No total, foram realizadas 12 rodadas até que todos os parâmetros estivessem adequados. No Anexo XXVII consta todo o percurso da AFE, incluindo as exclusões realizadas em cada uma das rodadas até chegar ao modelo final. Neste processo, foram eliminados 32 itens, restando 14 itens na versão proposta pela AFE.

O Quadro 12 e as Tabelas 24, 25 e 26 apresentam os Testes de KMO e Bartlett, o KMO individual dos itens, as comunalidades dos itens e as cargas fatoriais de cada item, respectivamente, da última rodada.

Quadro 12. Teste de KMO e Bartlett da SAS-PPW.

<b>Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem</b>		0,899
	Qui-quadrado aprox.	1255,403
<b>Teste de esfericidade de Bartlett</b>	Gl	91
	p	0,0001

Legenda: gl = grau de liberdade.

Fonte: A autora (2018).

Tabela 24. KMO individual dos itens da SAS-PPW – última rodada.

	PP1	PP2	PP4	PP6	PP9	PP12	PP14	PP23	PP24	PP25	PP27	PP33	PP45	PP46
PP1	<b>0,924<sup>b</sup></b>	-0,248	-0,325	-0,173	-0,182	0,014	0,041	0,054	-0,067	-0,096	-0,034	-0,036	-0,075	-0,015
PP2	-0,248	<b>0,932<sup>b</sup></b>	-0,043	-0,166	-0,056	-0,263	-0,159	-0,035	0,033	0,026	-0,009	0,073	-0,004	-0,073
PP4	-0,325	-0,043	<b>0,918<sup>b</sup></b>	-0,349	-0,052	-0,037	-0,080	0,118	-0,042	-0,001	-0,101	0,043	-0,013	-0,093
PP6	-0,173	-0,166	-0,349	<b>0,920<sup>b</sup></b>	-0,224	-0,075	0,034	-0,070	0,111	-0,080	-0,008	-0,037	-0,115	-0,052
PP9	-0,182	-0,056	-0,052	-0,224	<b>0,937<sup>b</sup></b>	0,046	-0,082	-0,002	-0,009	0,050	-0,080	-0,110	-0,009	0,106
PP12	0,014	-0,263	-0,037	-0,075	0,046	<b>0,888<sup>b</sup></b>	0,067	0,103	-0,082	0,036	-0,326	-0,220	-0,080	-0,009
PP14	0,041	-0,159	-0,080	0,034	-0,082	0,067	<b>0,921<sup>b</sup></b>	-0,072	-0,153	-0,224	-0,140	-0,007	-0,119	-0,107
PP23	0,054	-0,035	0,118	-0,070	-0,002	0,103	-0,072	<b>0,652<sup>b</sup></b>	-0,315	-0,001	-0,135	-0,288	0,013	-0,020
PP24	-0,067	0,033	-0,042	0,111	-0,009	-0,082	-0,153	-0,315	<b>0,724<sup>b</sup></b>	-0,151	0,157	-0,097	0,009	-0,111
PP26	-0,096	0,026	-0,001	-0,080	0,050	0,036	-0,224	-0,001	-0,151	<b>0,889<sup>b</sup></b>	0,034	0,034	-0,134	-0,287
PP27	-0,034	-0,009	-0,101	-0,008	-0,080	-0,326	-0,140	-0,135	0,157	0,034	<b>0,885<sup>b</sup></b>	0,097	-0,348	-0,114
PP33	-0,036	0,073	0,043	-0,037	-0,110	-0,220	-0,007	-0,288	-0,097	0,034	0,097	<b>0,734<sup>b</sup></b>	-0,005	-0,058
PP45	-0,075	-0,004	-0,013	-0,115	-0,009	-0,080	-0,119	0,013	0,009	-0,134	-0,348	-0,005	<b>0,920<sup>b</sup></b>	0,123
PP46	-0,015	-0,073	-0,093	-0,052	0,106	-0,009	-0,107	-0,020	-0,111	-0,287	-0,114	-0,058	0,123	<b>0,894<sup>b</sup></b>

Legenda: <sup>b</sup> = Medidas de adequação de amostragem (MSA)

Fonte: A autora (2018).

Tabela 25. Comunalidades dos itens da SAS-PPW – última rodada.

	<b>Inicial</b>	<b>Extração</b>
<b>PP1</b>	1,000	0,701
<b>PP2</b>	1,000	0,635
<b>PP4</b>	1,000	0,709
<b>PP6</b>	1,000	0,729
<b>PP9</b>	1,000	0,522
<b>PP12</b>	1,000	0,543
<b>PP14</b>	1,000	0,563
<b>PP23</b>	1,000	0,636
<b>PP24</b>	1,000	0,605
<b>PP26</b>	1,000	0,673
<b>PP27</b>	1,000	0,591
<b>PP33</b>	1,000	0,675
<b>PP45</b>	1,000	0,516
<b>PP46</b>	1,000	0,574

Fonte: A autora (2018).

Tabela 26. Cargas fatoriais de cada item da SAS-PPW – última rodada.

	<b>Fator</b>		
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>PP1</b>	<b>0,790</b>	0,277	0,014
<b>PP2</b>	<b>0,755</b>	0,254	0,034
<b>PP4</b>	<b>0,786</b>	0,299	-0,054
<b>PP6</b>	<b>0,823</b>	0,224	0,030
<b>PP9</b>	<b>0,709</b>	0,027	0,137
<b>PP12</b>	<b>0,712</b>	0,051	0,181
<b>PP14</b>	0,417	<b>0,606</b>	0,146
<b>PP23</b>	-0,003	0,198	<b>0,772</b>
<b>PP24</b>	-0,069	0,532	<b>0,563</b>
<b>PP26</b>	0,263	<b>0,776</b>	0,031
<b>PP27</b>	<b>0,743</b>	0,193	0,038
<b>PP33</b>	0,217	-0,086	<b>0,788</b>
<b>PP45</b>	<b>0,685</b>	0,215	0,022
<b>PP46</b>	0,255	<b>0,709</b>	0,083

Fonte: A autora (2018).

Assim, o modelo de melhor ajuste na AFE contou com três fatores, sendo o primeiro composto por oito itens (1, 2, 4, 6, 9, 12, 27 e 45), o segundo por três itens (14, 26 e 46) e o terceiro por três itens (23, 24 e 33). Esse modelo foi testado na Análise Fatorial Confirmatória (AFC).

#### B) Análise Fatorial Confirmatória – Mulheres no Pós-Parto

A AFC foi desenvolvida com o intuito de confirmar ou refutar o modelo proposto na AFE. Para tal, foram incluídas 202 mulheres do pós-parto, selecionadas aleatoriamente a partir da amostra total (n=607) e diferentes daquelas que participaram da AFE. Considerando que a versão da escala em teste era composta por 14 itens, a proporção de participantes por item foi de aproximadamente 15. Assim, novamente seguiu-se a recomendação de 10:1 (Pasquali, 2010).

Tendo em vista que os dados da presente amostra são não paramétricos, utilizou-se o método ULS para a mensuração do ajuste geral do modelo, já que este é o método usualmente mais empregado em análises de dados com esta característica (Hair Júnior et al., 2009). Os valores de referência e aqueles encontrados na AFC estão descritos na Tabela 27. É possível perceber que todos os valores foram considerados adequados, confirmando o modelo proposto com três fatores e 14 itens.

Tabela 27. Valores de referência e valores encontrados no modelo final da AFC para a amostra de mulheres no pós-parto.

<b>Índices de ajuste absoluto ou incremental</b>	<b>Valores referência<sup>1</sup></b>	<b>Valores encontrados</b>
$\chi^2/GL$ – Qui-quadrado normado	Ideal <3 Aceitável entre 3 e 5	3,03
RMSEA - Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação	< 0,08	0,071
GFI – Índice de Qualidade de Ajuste	> 0,90	0,992
AGFI – Índice Ajustado de Qualidade de Ajuste	> 0,90	0,989
NFI – Índice de Ajuste Normado	> 0,90	0,989

NNFI – Índice de Ajuste Não Normado	> 0,90	1,001
CFI – Índice de Ajuste Comparativo	> 0,90	1,000

---

Fonte: <sup>1</sup>: Hair Júnior et al. (2009).

A unidimensionalidade da escala também foi avaliada, a fim de verificar o quanto os itens estão fortemente associados uns com os outros (Hair Júnior et al., 2009). Segundo esses autores, o ideal é que os resíduos sejam abaixo de 2,58. Os resíduos encontrados no modelos foram próximos a este limiar (maior resíduo negativo = -2,768 e maior resíduo positivo = 2,773). Contudo, todas as medidas do modelo de mensuração foram adequadas e, por isso, considerou-se o modelo como ideal. A Figura 3 apresenta a representação gráfica da distribuição dos resíduos. Através da inspeção da linha diagonal, verifica-se que os resíduos encontram-se próximos a esta, indicando grande aderência ao modelo teórico ajustado.

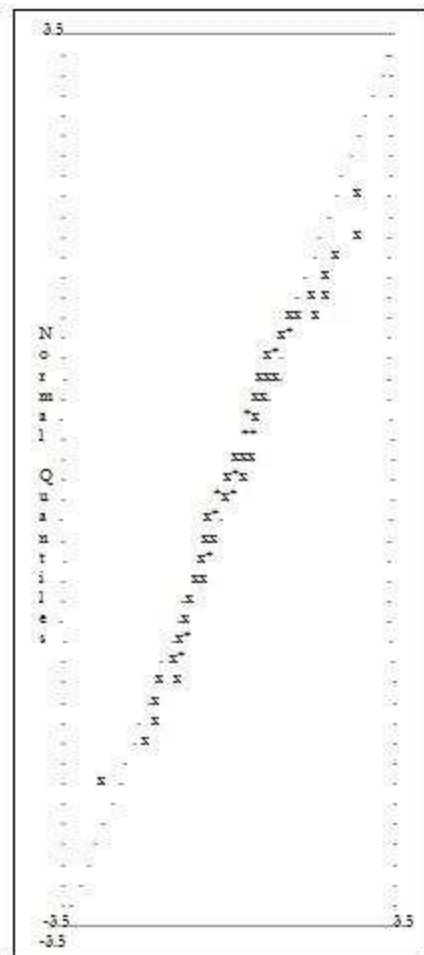


Figura 3. Resíduos padronizados do modelo ajustado para a amostra de mulheres no pós-parto.  
Fonte: LISREL® 8,51

Assim como na amostra de gestantes, as cargas fatoriais dos 14 itens das SAS-PPW foram analisadas, como um primeiro indicativo da validade convergente. Na AFC, altas cargas fatoriais (acima de 0,3) significam que os itens de um fator convergem para um ponto comum (Hair Júnior et al., 2009). As cargas fatoriais encontradas no presente estudo variaram entre 0,474 e 0,843, oferecendo os primeiros indícios de validade convergente. A Figura 4 representa graficamente o agrupamento dos fatores da SAS-PPW. Todas as informações referentes à AFC estão no Anexo XXVIII.



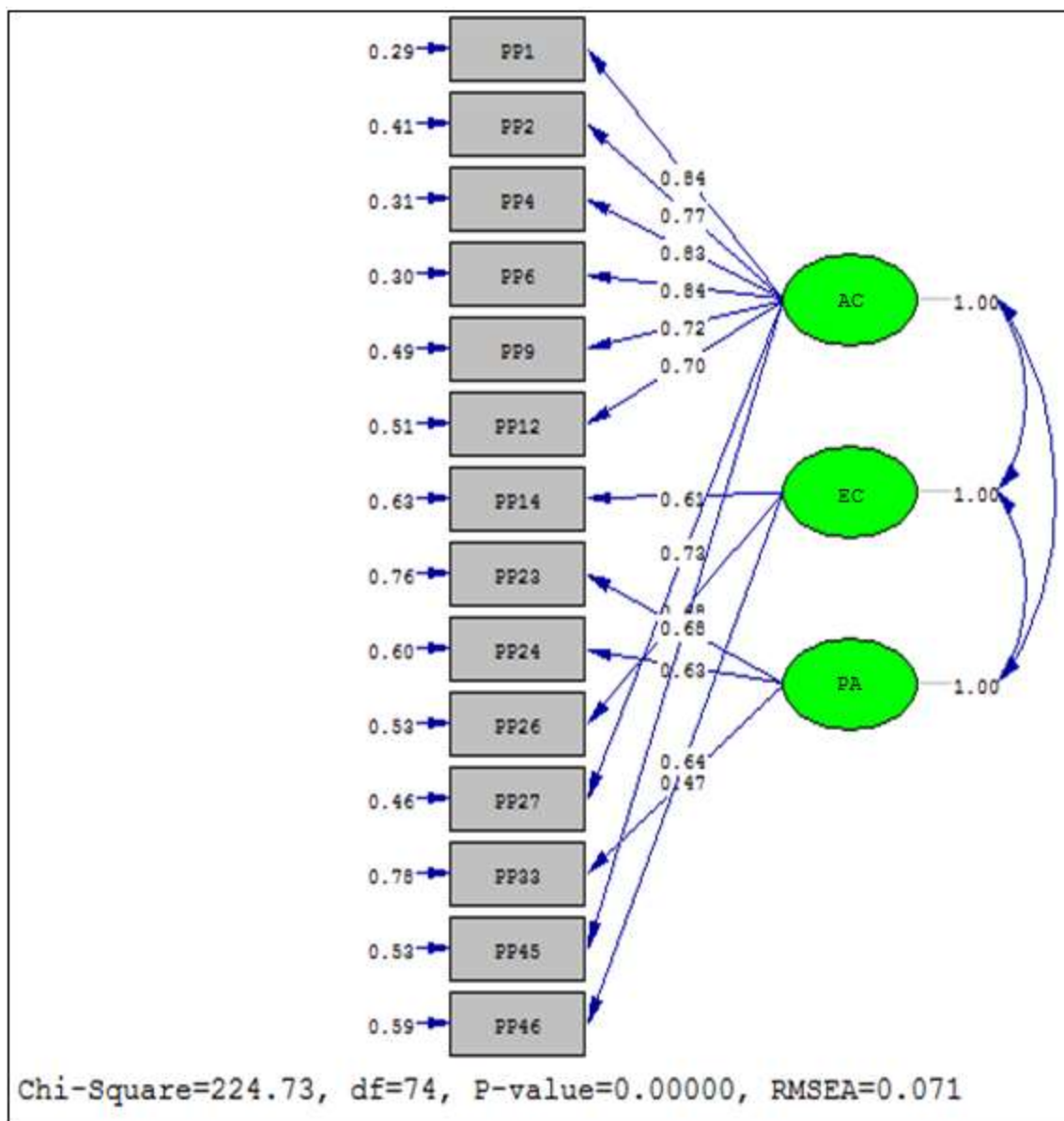


Figura 4. Modelo da Escala de Autoaceitação para Mulheres no Pós-Parto (SAS-PPW).  
Fonte: LISREL<sup>®</sup> 8,51

Assim, verificou-se que o modelo proposto na AFE com três subescalas e 14 itens foi confirmado na AFC. Seguiu-se, então, com a leitura cuidadosa dos itens com o intuito de compreender teoricamente o agrupamento de cada fator. O primeiro, composto pelos itens PP1, PP2, PP4, PP6, PP9, PP12, PP27 e PP45, foi denominado como “Aceitação Corporal” (AC), já que sete itens compunham originalmente a subescala “Sentimentos e crenças de aceitação corporal” e houve o acréscimo de um item (PP9) da subescala “Comportamentos de aceitação corporal”. Ressalta-se que este fator apresentou similaridade com o primeiro da SAS-PW.

O segundo fator agrupou os itens PP14, PP26 e PP46 que tratam da evitação corporal, os quais foram originalmente desenvolvidos para a subescala “Comportamentos de aceitação corporal”. Optou-se por renomear essa subescala para “Evitação Corporal” (EC). O terceiro fator uniu três itens, sendo que o PP23 e o PP33 foram desenvolvidos para a subescala “Comportamentos de aceitação corporal” e o PP24 para a subescala “Filtro Cognitivo de Proteção”. Após leitura cuidadosa, observou-se que os três itens tratam de “Preocupações com a Aparência” (PA), definindo assim o novo nome deste fator. Salienta-se que os itens de escore reverso se agruparam nesses dois últimos fatores.

### C) Outros indicadores de validade de construto – Mulheres no Pós-Parto

A fim de verificar indicadores de validade convergente, análises de correlação foram realizadas tanto do escore total da SAS-PPW quanto de suas três subescalas (AC, EC e PA) com a BAS, RSS, BDI, IMC e as duas perguntas realizadas sobre satisfação e aceitação corporal. Estas análises contaram com a amostra total de mulheres no pós-parto (n=607). Os valores das correlações encontrados estão apresentados na Tabela 28.

Assim como hipotetizou-se, a SAS-PPW total, SAS-PPW AC, SAS-PPW EC e SAS-PPW PA correlacionaram-se positiva e significativamente com a BAS, RSS, satisfação e aceitação corporal. Igualmente como esperado, correlações negativas e significantes foram identificadas com o BDI e o IMC. Logo, mulheres no pós-parto com maiores pontuações na SAS-PPW, apresentaram também maiores escores para apreciação corporal (BAS), autoestima (RSS), satisfação e aceitação corporal (perguntas diretas) e menores valores para sintomas depressivos (BDI) e IMC. É válido ressaltar que as mesmas correlações também foram indicadas na amostra de gestantes. A única exceção foi entre a subescala SAS-PPW PA e o IMC, que não demonstrou correlação significativa para as mulheres no pós-parto.

Tabela 28. Correlações (Spearman) para análise de validade convergente da SAS-PPW.

Variável	SAS-PPW total	SAS-PPW AC	SAS-PPW EC	SAS-PPW PA
<b>BAS</b>	0,771*	0,777*	0,545*	0,319*
<b>RSS</b>	0,454*	0,432*	0,397*	0,160*
<b>BDI</b>	-0,417*	-0,375*	-0,316*	-0,269*
<b>IMC</b>	-0,282*	-0,320*	-0,229*	0,016
<b>Satisfação corporal</b>	0,676*	0,715*	0,470*	0,218*
<b>Aceitação corporal</b>	0,555*	0,586*	0,349*	0,194*

\* $p < 0,01$ .

Legenda: SAS-PPW = Escala de Autoaceitação para Mulheres no Pós-Parto; AC = Aceitação Corporal; EC = Evitação Corporal; PA = Preocupações com a Aparência; BAS = *Body Appreciation Scale*; RSS = *Rosenberg Self-Esteem Scale*; BDI = *Beck Depression Inventory*; IMC = Índice de Massa Corporal.

Fonte: A autora (2018).

Além disso, verificou-se a capacidade da SAS-PPW em discriminar grupos gerando indicativos de validade discriminante. Para tal, utilizou-se as variáveis: estado nutricional, escolaridade, estado civil e nível socioeconômico (Tabela 29) e número de filhos, relação com o pai, apoio familiar, gravidez planejada e possibilidade de aborto (Tabela 30). Os resultados da Tabela 29 indicam que a SAS-PPW discriminou grupos por estado nutricional, sendo que as mulheres no pós-parto classificadas com peso adequado apresentaram médias maiores na escala quando comparadas aquelas com sobrepeso e obesidade. Na Tabela 30 é possível verificar que as médias do escore total da SAS-PPW foram maiores entre as mulheres com apenas um filho, que haviam planejado a gestação e não consideraram a possibilidade de aborto.

Tabela 29. Validade discriminante da SAS-PPW em relação ao estado nutricional, escolaridade, estado civil e nível socioeconômico.

Variável	SAS-PW total		Qui-quadrado	<i>p</i>
	Média	Mediana		
<b>Estado Nutricional</b>				
Baixo peso	48,00	48		
Adequado <sup>a,b</sup>	49,34	49	28,559	0,0001*
Sobrepeso <sup>a</sup>	43,61	44		

Obesidade <sup>b</sup>	41,24	41		
<b>Escolaridade</b>				
Ensino Fundamental	49,24	46		
Ensino Médio	47,85	48	5,754	0,124
Ensino Superior	45,37	46		
Pós-graduação	45,84	47		
<b>Estado civil</b>				
Solteira	48,59	49		
Casada	46,25	47	3,487	0,175
Divorciada/Viúva	45,28	46		
<b>Nível socioeconômico</b>				
A	47,79	48		
B1	46,94	48		
B2	46,04	47	6,520	0,259
C1	46,30	46		
C2	44,89	44		
D/E	49,74	49		

\* $p < 0,05$ .

Legenda: SAS-PPW = Escala de Autoaceitação para Mulheres no Pós-Parto; <sup>a</sup> = diferença entre adequado e sobrepeso; <sup>b</sup> = diferença entre adequado e obesidade.

Fonte: A autora (2018).

Tabela 30. Validade discriminante da SAS-PPW em relação ao número de filhos, relação com o pai, apoio familiar, gravidez planejada e possibilidade de aborto.

Variável	SAS-PPW total		Mann-Whitney U	p
	Média	Mediana		
<b>Número de filhos</b>				
1	47,76	49	33549,00	0,001*
2 ou mais	44,35	44		
<b>Relação com o pai</b>				
Ruim	44,35	44	44886,00	0,218
Boa	46,67	47		

<b>Apoio familiar</b>					
	Não	48,4	47		
	Sim	46,6	47	5365,00	0,518
<b>Gravidez planejada</b>					
	Não	45,16	45		
	Sim	47,67	49	38579,50	0,007*
<b>Pensou em aborto</b>					
	Não	46,93	47		
	Sim	41,10	41	6217,00	0,010*

\* $p < 0,05$ .

Legenda: SAS-PPW = Escala de Autoaceitação para Mulheres no Pós-Parto.

Fonte: A autora (2018).

### 2.5.2.2.3 Análise empírica após modelo final ajustado – Mulheres no Pós-Parto

Uma segunda análise empírica foi realizada após modelo final considerando a amostra total do estudo ( $n=607$  mulheres no pós-parto). Assim, 14 itens distribuídos nas três subescalas foram analisados quanto aos indicadores: correlação item-escore total, correlação média entre os itens e alfa de Cronbach para cada subescala (Tabela 31). Ademais, a confiabilidade da SAS-PPW total foi de  $\alpha=0,879$ , a qual é considerada adequada e elevada (Hair Júnior et al., 2009).

Tabela 31. Análise empírica dos itens para a SAS-PPW – ajustada.

Fator	Item	Correlação item-escore total	Correlação média entre os itens	Alfa de Cronbach
AC	PP1	0,734	0,569	0,913
	PP2	0,679		
	PP4	0,717		
	PP6	0,733		
	PP9	0,603		
	PP12	0,626		

	PP27	0,653		
	PP45	0,609		
	PP14	0,532		
<b>EC</b>	PP26	0,571	0,436	0,699
	PP46	0,525		
	PP23	0,257		
<b>PA</b>	PP24	0,321	0,304	0,620
	PP33	0,270		

Legenda: AC = Aceitação Corporal; EC = Evitação Corporal; PA = Preocupações com a Aparência.

Fonte: A autora (2018).

#### 2.5.2.2.4 Ponto de corte – Mulheres no Pós-Parto

Assim como na SAS-PW, os percentis 25% e 75% foram utilizados a fim de desenvolver os pontos de corte da SAS-PPW, tendo em vista que essa categorização é importante para a compreensão de uma escala (Hutz et al., 2015). Para tanto, levou-se em consideração a amostra total do presente estudo (n=607 mulheres no pós-parto). Assim, pesquisadores e profissionais da saúde interessados em utilizar a nova escala devem interpretar os escores resultantes da seguinte maneira: baixa autoaceitação (de 14 a 39 pontos), moderada autoaceitação (de 40 a 54 pontos) e alta autoaceitação (de 55 a 70 pontos). Assim, recomenda-se que este ponto de corte seja utilizado em estudos futuros.

A Tabela 32 apresenta uma síntese dos resultados encontrados relacionados aos ajustes gerais e do modelo de mensuração da SAS-PPW.

Tabela 32. Síntese do ajuste geral e do modelo de mensuração da SAS-PPW.

Fator	Item	Confiabilidade	Validade convergente		Validade discriminante	U	Medidas ajustamento
			Carga fatorial	Correlações			
AC	PP1	0,913	0,843	A SAS-PPW total, SAS-PP AC, SAS-PPW EC e SAS-PW PA apresentaram correlação significativa e positiva com: apreciação corporal (BAS), autoestima (RSS), satisfação e aceitação corporal (perguntas diretas); e negativa com sintomas depressivos (BDI) e IMC.	A SAS-PPW total possui capacidade de discriminar grupos quanto ao estado nutricional, número de filhos, gravidez planejada e possibilidade de aborto.	Maior resíduo positivo: 2,773	$\chi^2/GL = 3,03$ RMSEA = 0,071
	PP2		0,765				
	PP4		0,829				
	PP6		0,836				
	PP9		0,717				
	PP12		0,698				
	PP27		0,735				
	PP45		0,683				
EC	PP14	0,699	0,607	satisfação e aceitação corporal (perguntas diretas); e negativa com sintomas depressivos (BDI) e IMC.	possibilidade de aborto.	Maior resíduo negativo: = -2,768	NFI = 0,989 NNFI = 1,001 CFI = 1,000 GFI = 0,992 AGFI = 0,989
	PP26		0,683				
	PP46		0,642				
PC	PP23	0,620	0,491	(BDI) e IMC.			
	PP24		0,632				
	PP33		0,474				

Legenda: SAS-PPW = Escala de Autoaceitação para Mulheres no Pós-Parto; PP = Pós-Parto; AC = Aceitação Corporal; EC = Evitação Corporal; PA = Preocupações com a Aparência; U = Unidimensionalidade;  $\alpha$  = Alfa de Cronbach; BAS = *Body Appreciation Scale*; RSS = *Rosenberg Self-Esteem Scale*; BDI = *Beck Depression Inventory*; IMC = Índice de Massa Corporal.

Fonte: A autora (2018).

Por fim, a versão final da SAS-PPW está apresentada abaixo. Os itens receberam novas numerações de 1 a 14. A subescala “Aceitação Corporal” é composta pelos itens 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14, a subescala “Evitação Corporal” pelos itens 3, 7 e 11 e a subescala “Preocupações com a Aparência” pelos itens 5, 9 e 13. Ressalta-se que todos os seis itens das duas últimas subescalas apresentam escore reverso.

### ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA MULHERES NO PÓS-PARTO (SAS-PPW)

Por favor, leia cada pergunta cuidadosamente e marque com um X, em cada linha, a melhor opção de resposta para você. Não há resposta certa nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Atualmente, ao olhar seu corpo no espelho, você gosta do que vê?	1	2	3	4	5
2. Você tem pensamentos positivos em relação a sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
3. Você evita tirar fotos que destacam sua aparência?	1	2	3	4	5
4. De um modo geral, você está satisfeita com seu corpo?	1	2	3	4	5
5. Você se preocupa com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar seu corpo menos atraente?	1	2	3	4	5
6. Você se sente bem com o corpo que tem agora?	1	2	3	4	5
7. Você evita expor seu corpo em público, em lugares como praias, piscinas, vestiários, etc.?	1	2	3	4	5
8. Você elogia seu corpo atual?	1	2	3	4	5
9. Sua autoestima depende da opinião de seu(sua) companheiro(a) a respeito de sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
10. Neste momento, você respeita seu corpo como ele é?	1	2	3	4	5
11. Você evita usar roupas que destacam seu corpo atual?	1	2	3	4	5
12. Apesar das alterações de seu corpo, você está se achando linda?	1	2	3	4	5
13. Você controla o tamanho de sua barriga para saber se emagreceu?	1	2	3	4	5
14. Você considera seu corpo atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade?	1	2	3	4	5



### 2.5.3 Discussão

As etapas 3 e 4 objetivaram analisar os parâmetros de validade e confiabilidade da SAS-PW e da SAS-PPW em amostras de gestantes e mulheres no pós-parto, respectivamente. Análises empíricas (variância, média, correlação item-escore total, correlação interitem e confiabilidade) e análises psicométricas (AFE, AFC, confiabilidade, validade convergente e discriminante) foram conduzidas separadamente nos dois públicos. Adicionalmente, foram estabelecidos pontos de corte a fim de facilitar a interpretação dos resultados em estudos futuros.

Os achados das análises empíricas levaram em consideração os valores recomendados por Pasquali (2010) e DeVellis (2012). Tendo em vista a SAS-PW, apenas um item não atingiu valor adequado de variância e outros quatro apresentaram médias acima do ideal. Para a SAS-PPW, todos os itens se encaixaram nos valores recomendados para a variância; enquanto para a média, apenas dois itens não alcançaram valores ideais. Quanto a correlação item-escore total, 12 itens e nove itens das escalas de gestantes e mulheres no pós-parto, respectivamente, apresentaram valores abaixo do mínimo esperado. Apesar desses problemas iniciais em alguns itens, optou-se por não excluí-los, mantendo-os nas análises seguintes e redobrando a atenção para eles.

A análise empírica ainda demonstrou que as subescalas “Comportamentos de aceitação corporal” e “Filtro cognitivo de proteção” apresentaram valores de correlação média entre os itens abaixo do esperado em ambas as escalas. Com relação à confiabilidade, a subescala “Filtro cognitivo de proteção” não atingiu valores adequados, tanto na SAS-PW quanto na SAS-PPW. Nesta última, o valor do alfa de Cronbach também foi inadequado na subescala “Aceitação da maternidade”. Esses achados podem indicar problemas com a estrutura fatorial inicialmente hipotetizada. Assim, realizou-se a AFE e a AFC em conjunto, de forma consecutiva, seguindo as recomendações de DeVellis (2012), Morgado et al. (2017) e Pasquali (2010).

Para a amostra de gestantes, a AFE indicou que os itens foram apropriados para a análise fatorial de acordo com o teste de esfericidade de Bartlett e o valor do Kaiser-Meyer-Olkin. Foram necessárias, no total, 11 rodadas. Ao final desse processo, foram eliminados 31 itens. O modelo de melhor ajuste propôs uma solução com dez itens divididos em dois fatores: 1) “Aceitação Corporal” e 2) “Aceitação da Gravidez”. Este modelo foi testado e confirmado na AFC. Todas as medidas de ajuste encontradas foram consideradas adequadas (Hair Júnior et al., 2009).

Foi realizada uma leitura cuidadosa dos dez itens que foram mantidos no modelo final a fim de compreender, do ponto de vista teórico, os resultados encontrados na análise estatística. Verificou-se que a primeira subescala foi composta de seis itens do tema “Sentimentos e crenças de aceitação corporal” e um item do tema “Comportamentos de aceitação corporal”, inicialmente hipotetizados. Nesse sentido, a primeira subescala é composta pelos itens: “1. Atualmente, ao olhar seu corpo no espelho, você gosta do que vê?”; “2. Você tem pensamentos positivos em relação a sua aparência corporal?”; “4. De um modo geral, você está satisfeita com seu corpo?”; “5. Você se sente bem com o corpo que tem agora?”; “7. Você elogia seu corpo atual?”; “8. Você acha que seu corpo tem boas qualidades?”; “9. Apesar das alterações de seu corpo, você está se achando linda?”. Assim, essa subescala foi nomeada para “Aceitação corporal”, que inclui atitudes (sentimentos, crenças e comportamentos) positivas em relação à aceitação do próprio corpo. Assim, a aceitação corporal configura-se como uma das principais características de um quadro de autoaceitação em gestantes (Morgado et al., 2014a; Tylka, 2011).

A segunda subescala compreende três itens que foram originalmente desenvolvidos no tema “Aceitação de gravidez”, são eles: “3. Você se sente feliz ao ver sua barriga crescendo durante a gravidez?”; “6. Você aceita feliz a sua gravidez?”; “10. Você espera feliz pelas mudanças que irão ocorrer em seu corpo até o fim de sua gestação?”. Sendo assim, o nome dessa subescala não foi alterado. Esta envolve a compreensão das mudanças relacionadas à gravidez, bem como a avaliação das funções inerentes a esse período (Morgado et al., 2014a, Tylka, 2011; Williams & Lynn, 2011). Assim, aceitar a própria gestação contribui significativamente com a autoaceitação em gestantes.

No caso das mulheres no pós-parto, o teste de esfericidade de Bartlett e o valor do Kaiser-Meyer-Olkin apontaram números adequados, indicando a aplicabilidade da análise fatorial na amostra em questão. Foram necessárias 12 rodadas e a eliminação de 32 itens na AFE a fim de encontrar um modelo de melhor ajuste. Os restantes 14 itens foram divididos em três subescalas, confirmadas, posteriormente, na AFC. Após a compreensão teórica dos itens que pertenciam a essas subescalas, elas foram nomeadas como “Aceitação Corporal”, “Evitação Corporal” e “Preocupações com a Aparência”.

A subescala “Aceitação Corporal” foi a de maior semelhança entre as versões para gestantes e mulheres no pós-parto, estando presente tanto na SAS-PW quanto na SAS-PPW. Nesta última, oito itens compõem esta subescala, sendo que sete deles pertenciam originalmente

ao tema “Sentimentos e crenças de aceitação corporal” e um ao tema “Comportamentos de aceitação corporal”. Esta primeira subescala da SAS-PPW compreende os itens: “1. Atualmente, ao olhar seu corpo no espelho, você gosta do que vê?”; “2. Você tem pensamentos positivos em relação a sua aparência corporal?”; “4. De um modo geral, você está satisfeita com seu corpo?”; “6. Você se sente bem com o corpo que tem agora?”; “8. Você elogia seu corpo atual?”; “10. Neste momento, você respeita seu corpo como ele é?”; “12. Apesar das alterações de seu corpo, você está se achando linda?”; “14. Você considera seu corpo atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade?”. Reforça-se, então, que a aceitação do corpo é uma das principais características inerentes de uma mulher que se aceita (Morgado et al., 2014a). Dessa forma, assim como para as gestantes, aceitar o próprio corpo colabora nos níveis de autoaceitação, ratificando a presença dessa subescala na SAS-PPW.

A segunda subescala (“Evitação Corporal”) da SAS-PPW é constituída por três itens que retratam comportamentos de evitação corporal: “3. Você evita tirar fotos que destacam sua aparência?”; “7. Você evita expor seu corpo em público, em lugares como praias, piscinas, vestiários, etc.?”; “11. Você evita usar roupas que destacam seu corpo atual?”. Esses itens foram inicialmente desenvolvidos para o tema “Comportamentos de aceitação do corpo”. As mulheres no pós-parto demonstraram adotar comportamentos de evitação, possivelmente como consequência de uma depreciação corporal (Maphis, Martz, Bergman, Curtin, & Webb, 2013). Estudos anteriores apontaram que o pós-parto foi enfatizado como um período associado a sentimentos negativos devido às preocupações e expectativas das mulheres sobre a recuperação das dimensões do corpo pré-gestacional (Clark et al., 2009a; Patel et al., 2005). Assim, as análises de AFE e AFC apontaram que a evitação do corpo impacta a autoaceitação das mulheres no pós-parto e, por isso, justificam a presença dessa subescala em um instrumento que avalia esse construto. Salienta-se que, quanto maior a adoção de comportamentos de evitação corporal, menores os níveis de autoaceitação. Logo, os três itens dessa subescala apresentam escore reverso.

A terceira subescala da SAS-PPW reuniu três itens relacionados à “Preocupação com a Aparência”, são eles: “5. Você se preocupa com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar seu corpo menos atraente?”; “9. Sua autoestima depende da opinião de seu(sua) companheiro(a) a respeito de sua aparência corporal?”; “13. Você controla o tamanho de sua barriga para saber se emagreceu?”. Embora

cada item tenha sido desenvolvido originalmente para diferentes temas, eles possuem similaridade. As mulheres no pós-parto reconheceram fortemente a importância de sua própria aparência física. De acordo com alguns autores, uma preocupação exacerbada com o próprio corpo pode resultar em uma imagem corporal negativa, bem como baixos níveis de autoaceitação (Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Em outras palavras, pontuações elevadas nesta subescala contribuem para uma diminuição da autoaceitação nas mulheres pós-parto. Sendo assim, todos os itens da subescala “Preocupação com a aparência” apresentam escore reverso.

Ressalta-se que o tema “Filtro cognitivo de proteção”, inicialmente hipotetizado na primeira etapa e cuja validade de conteúdo foi confirmada na segunda etapa desta tese, não obteve parâmetros psicométricos satisfatórios em nenhuma das duas escalas. Possivelmente, a pressão social em relação à aparência ou forma física de gestantes e mulheres no pós-parto são menos evidentes e impactantes. Estudos anteriores já haviam apontado que poderia haver um relaxamento das pressões sociais durante a gestação e pós-parto (Clark & Odgen, 1999; Clark et al., 2009; Loth et al., 2011). Salienta-se que Morgado et al. (2014a) ressaltaram que o fator “Filtro cognitivo de proteção” foi determinante em uma escala avaliativa da autoaceitação para pessoas com cegueira no Brasil. Talvez, a pressão social relacionada às gestantes e às mulheres no pós-parto tenha menos peso na cultura brasileira do que aquela sobre a deficiência. É possível ainda que, embora pressões sociais existam, gestantes e mulheres no pós-parto não são susceptíveis (ou são pouco susceptíveis) a elas (Clark & Odgen, 1999; Clark et al., 2009; Loth et al., 2011). Talvez, nestes períodos da vida, as mulheres se sintam mais protegidas e confiantes, podendo expressar sua identidade corporal, independente de opiniões alheias. Estudos futuros poderiam explorar essas questões, investigando se, de fato, o filtro de proteção é determinante no quadro de autoaceitação de mulheres na gestação e no pós-parto.

Com relação às confiabilidades da SAS-PW, da SAS-PPW e das suas subescalas, foram encontrados bons valores de alfa de Cronbach (variando entre 0,620 e 0,913). Um dos indicadores mais importantes da qualidade de uma escala é a consistência interna (DeVellis, 2012, Hutz et al., 2015, Malhotra, 2012, Pasquali, 2010). Esta avaliação indica que os itens mensuram o mesmo construto e, portanto, estão altamente interrelacionados (Hair Júnior et al., 2009; Pasquali, 2010). Os valores podem variar de 0 a 1, sendo que aqueles acima de 0,60 são considerados adequados; perto de 0,80, bons e; acima de 0,90, excelentes (DeVellis, 2012; Hair

Júnior et al., 2009; Hutz et al., 2005). Assim, a confiabilidade da SAS-PW, da SAS-PPW e das suas subescalas foram confirmadas.

Quanto à validade convergente, ambas as escalas responderam satisfatoriamente a todas as medidas aplicadas. As mulheres grávidas e no pós-parto com pontuações mais altas na SAS-PW e SAS-PPW, respectivamente, também apresentaram escores mais altos para apreciação corporal, autoestima, satisfação e aceitação corporal, e valores mais baixos para sintomas depressivos e IMC. Essas descobertas corroboram pesquisas anteriores que já haviam demonstrado correlações positivas entre autoaceitação e autoestima e imagem corporal positiva, e correlações negativas entre autoaceitação e depressão e IMC (Carr & Friedman, 2005; Carson & Langer, 2006; Macinnes, 2006; Morgado, 2013; Morgado et al., 2014a; Potocka et al., 2008; Tager et al., 2006). Dessa forma, esses resultados comprovam a validade convergente da SAS-PW e da SAS-PPW.

No que concerne à validade discriminante, a SAS-PW e a SAS-PPW conseguiram discriminar grupos por estado nutricional, número de gestações anteriores, planejamento gestacional e consideração do aborto. Em mulheres grávidas, ainda, a escala também distinguiu grupos por suporte familiar e condição de risco gestacional. Em outras palavras, grávidas e mulheres no pós-parto classificadas com excesso de peso, multigestas, que não haviam planejado a gravidez e que consideraram o aborto foram aquelas com menores escores nas escalas. E, também, as gestantes sem apoio familiar e com gravidez de alto risco apresentaram menores níveis de autoaceitação quando comparadas àquelas com suporte da família e de risco gestacional habitual. Os resultados encontrados para a relação entre o construto em questão e o estado nutricional já era esperado devido à literatura prévia (Carr & Friedman, 2005; Carson & Langer, 2006; Potocka et al., 2008). As demais associações não podem ser confirmadas, pois não há evidências suficientes na área. Todavia, optou-se por realizar tais análises já que trata-se de um estudo exploratório. Por isso, estudos futuros devem investigar melhor essas relações.

Por fim, quanto ao ponto de corte, a fim de classificar as mulheres grávidas e no pós-parto, foram estabelecidas três categorias: baixa, moderada e elevada autoaceitação. Essa categorização é essencial, pois permite a compreensão da escala e atribui significado às pontuações obtidas pelo participante na escala (Hutz et al., 2015). Pasquali (2010) recomenda que o pesquisador defina como os escores da escala serão analisados. Futuros pesquisadores e profissionais da saúde interessados em utilizar a SAS-PW e/ou a SAS-PPW podem utilizar o

ponto de corte estabelecido na presente pesquisa para interpretar seus resultados. Ademais, profissionais que trabalham diretamente com essas populações e venham a utilizar a escala devem estar atentos para uma baixa autoaceitação, o que pode contribuir para o desenvolvimento ou manutenção de psicopatologias (Morgado et al., 2014a; Williams & Lynn, 2011). É desejável que as mulheres tenham altos níveis de autoaceitação durante a gravidez e pós-parto, promovendo seu bem-estar psicológico (Carson & Langer, 2006; Macinnes, 2006; Williams & Lynn, 2011).

### CAPÍTULO 3: DISCUSSÃO GERAL

A presente tese teve como objetivo geral desenvolver e avaliar as qualidades psicométricas de escalas avaliativas da autoaceitação para brasileiras gestantes e no pós-parto. O processo das quatro etapas deste trabalho proporcionou a criação de dois novos instrumentos: “Escala de Autoaceitação para Gestantes” (“*Self-Acceptance Scale for Pregnant Women*” – SAS-PW) e “Escala de Autoaceitação para Mulheres no Pós-Parto” (“*Self-Acceptance Scale for Postpartum Women*” – SAS-PPW). Os resultados apontaram que estas são úteis na avaliação da autoaceitação no público-alvo e foram consideradas válidas e confiáveis. A SAS-PW e SAS-PPW estão disponíveis para serem utilizadas tanto no contexto científico quanto clínico.

A autoaceitação é um construto de difícil avaliação devido às suas características abrangentes e multifacetadas (Chamberlain & Haaga, 2001; Macinnes, 2006; Morgado, 2013; Morgado et al., 2014a; Ryff & Singer, 1996, 2008; Sheerer, 1949; Williams & Lynn, 2011). Somado à isso, as especificidades relacionadas ao público de gestantes e mulheres no pós-parto, dentre elas, particularmente, as mudanças biopsicossociais envolvidas durante estes períodos, fizeram com que o objetivo desta tese se apresentasse como um grande desafio. A fim de alcançá-lo, buscou-se aliar, a todo momento, teoria e prática, trazendo maior consistência teórica, empírica e psicométrica para as escalas.

A primeira etapa visou compor um conjunto inicial de itens para fazer parte do novo instrumento. Para isso, métodos indutivos e dedutivos foram combinados. Inicialmente, realizou-se uma extensa e criteriosa revisão de literatura a fim de embasar teoricamente a pesquisa. Os resultados apontaram a inexistência de instrumentos específicos para a avaliação da autoaceitação em gestantes e mulheres no pós-parto. Assim, essa lacuna foi identificada, confirmando-se a necessidade do desenvolvimento de uma medida para esse fim. Ademais, duas escalas pré-existentes foram consultadas na criação dos itens: BAS (Avalos et al., 2005) e BAS-2 (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Ainda foram desenvolvidos quatro grupos focais para verificar a opinião genuína da população-alvo a respeito de fatores relacionados à aceitação de si mesma durante a gestação ou no pós-parto. Deste modo, a combinação destas estratégias, possibilitou a criação de um conjunto inicial de 108 itens, divididos em quatro temas hipotéticos: 1)

Sentimentos e crenças de aceitação corporal; 2) Comportamentos de aceitação corporal; 3) Aceitação da gravidez/maternidade; e 4) Filtro cognitivo de proteção.

A segunda etapa objetivou buscar evidência de validade de conteúdo da nova escala por meio da opinião de especialistas e da população-alvo. Os peritos julgaram a relevância, a clareza e a coesão de cada item, bem como avaliaram as dimensões e os aspectos gerais da nova escala, como: título, instruções, formato e escore total. Em seguida, gestantes e mulheres no pós-parto participaram do pré-teste, os quais foram concebidos através de entrevistas individuais. A compreensão, a clareza e a validade aparente, bem como as instruções, a sequência, o formato, a dificuldade e o cansaço no preenchimento do instrumento foram avaliados por elas. Ambos os procedimentos visaram identificar e eliminar potenciais problemas nas novas escalas e, também, melhorá-las (Malhotra, 2012). Nesta etapa, alguns itens foram excluídos e outros passaram por modificações. Após os ajustes, as versões para gestantes e para mulheres no pós-parto, com 43 itens e 46 itens, respectivamente, foram submetidas à avaliação empírica e psicométrica. Vale salientar que todas as análises realizadas a partir deste momento foram conduzidas separadamente entre gestantes e mulheres no pós-parto.

As etapas 3 e 4 tiveram como objetivo estimar a qualidade de cada item e do conjunto de itens como um todo, bem como obter informações sobre a validade e a confiabilidade das escalas. Em outras palavras, foram realizadas as análises empírica e psicométrica. A fim de obter uma amostra representativa e heterogênea da população-alvo, foram coletados dados do público-alvo nas cinco regiões brasileiras. Após o esforço despendido, atingiu-se a amostra adequada para as análises pretendidas. A validade de construto foi avaliada através da AFE e AFC. Morgado et al. (2017) relataram a importância de contemplar ambas as análises na criação de escalas, considerando amostras independentes proporcionalmente ao número de itens da escala.

Ao final desta etapa, chegou-se a versão final da SAS-PW que é composta por 10 itens divididos em duas subescalas: “Aceitação Corporal” e “Aceitação da Gravidez”. Já a versão final da SAS-PPW compreende 14 itens divididos em três subescalas: “Aceitação Corporal”, “Evitação Corporal” e “Preocupações com a Aparência”. Ambas as escalas apresentaram indicadores de validade convergente e discriminante.

Futuros pesquisadores e profissionais da saúde interessados em utilizar as escalas devem considerar que tratam-se de instrumentos de autorrelato, que mostraram ser adequados para mulheres brasileiras gestantes e no pós-parto, acima de 18 anos de idade. As opções de resposta



para as participantes variam em uma escala *Likert* de cinco pontos (1 = Nunca a 5 = Sempre), sendo que os itens das subescalas “Evitação Corporal” e “Preocupações com a Aparência” da SAS-PPW apresentam escore invertido. Para o escore total deve-se somar a pontuação de cada item e, quanto maior o escore obtido, maiores os níveis de autoaceitação. Cada escala apresenta seu próprio ponto de corte e a mulher pode ser classificada com baixa, moderada ou alta autoaceitação. Por fim, é válido ressaltar que a SAS-PPW deve ser utilizada com cautela no caso mulheres no pós-parto em que o bebê que tenha ido a óbito. A relação entre essa situação e a autoaceitação da mulher não foi investigada no presente estudo e deve ser aprofundada em futuras pesquisas.

Algumas limitações precisam ser mencionadas. Em primeiro lugar, a confiabilidade foi avaliada através de um único parâmetro (alfa de Cronbach). Os autores recomendam o uso de técnicas multivariadas para avaliar a confiabilidade, tais como: correlação teste-reteste, confiabilidade de forma alternativa, análise de consistência interna, *split-half* e confiabilidade do intraavaliador (Alexandre & Coluci, 2011; DeVellis, 2012; Hutz et al., 2015; Malhotra, 2012; Pasquali, 2010). Todavia, Morgado et al. (2017) salientam que o alfa de Cronbach é o mais utilizado entre os estudos de validação. Novos estudos são recomendados para examinar outros indicadores de confiabilidade.

A segunda limitação foi a inexistência de escalas validadas para mulheres grávidas e no pós-parto que avaliassem as variáveis do estudo, a fim de verificar a validade convergente. Os instrumentos utilizados para avaliar a apreciação do corpo, a autoestima e os sintomas depressivos são validados para mulheres adultas brasileiras, mas ainda não têm suas características psicométricas testadas na população-alvo desta pesquisa. No entanto, o alfa de Cronbach foi calculado para todos os questionários e os valores foram considerados adequados ( $\alpha > 0,70$ ) (Hair Júnior et al., 2009). Além disto, a validade convergente de ambas as escalas também foi verificada a partir de perguntas diretas sobre satisfação e aceitação do corpo e os resultados mostraram bons índices.

A terceira limitação refere-se à forma não-aleatorizada de apresentação dos questionários nas duas últimas etapas dessa pesquisa. Em outras palavras, preferiu-se colocá-los em uma mesma sequência para todas as participantes. Alguns autores defendem a aleatorização dos instrumentos, já que os indivíduos podem se desinteressar da pesquisa ao longo do preenchimento do formulário devido ao cansaço e, por isso, a atenção ao responder o último

instrumento ficaria prejudicada (Ferreira et al., 2014). Todavia, na presente investigação, optou-se por deixar os instrumentos na sequência de importância. Acredita-se que esta decisão tenha sido acertada, já que algumas gestantes e mulheres no pós-parto responderam à SAS-PW ou a SAS-PPW, respectivamente, e não terminaram de preencher o restante dos questionários. Para confeccionar a AFC e AFE foi necessário um alto número amostral e, por isso, a inclusão dessas participantes que responderam apenas às escalas desenvolvidas foi fundamental.

A quarta limitação consistiu na coleta de dados antropométricos (massa corporal e estatura) autorreferidos. É possível que essas informações tenham sido sub ou superestimadas pelas participantes. Os dados antropométricos aferidos são mais confiáveis. No entanto, pesquisadores indicam o uso de medidas autorrelatadas para fornecer dados sobre o estado nutricional em investigações com um grande tamanho amostral (Bowman & DeLucia, 1992). Além disso, estudos anteriores com mulheres grávidas e no pós-parto também utilizaram dados antropométricos autorrelatados (Fuller-Tyszkiewicz et al., 2012; Sweeney & Fingerhut, 2013).

Apesar destas limitações, a presente tese apresenta características relevantes e únicas. Em primeiro lugar, é válido destacar o pioneirismo desta investigação. A SAS-PW e a SAS-PPW são escalas inéditas na avaliação da autoaceitação de gestantes e mulheres no pós-parto, respectivamente, tanto no contexto nacional quanto no internacional. Ademais, salienta-se o rigor metodológico seguido ao longo do percurso de criação das escalas. Durante todo o processo, as etapas indicadas pelos autores renomados na área de construção e validação de escalas foram criteriosamente seguidas (DeVellis, 2012; Hair Júnior et al., 2009; Malhotra, 2012; Pasquali, 2010). Ambas são escalas que avançam o conhecimento científico, pois apresentam uma clara definição do construto e, também, diferentes indicadores de qualidades psicométricas empiricamente demonstrados.

Outro ponto de destaque refere-se ao elevado tamanho amostral. O acesso à população de gestantes e mulheres no pós-parto é difícil, quando comparado a outros públicos, como adolescentes, estudantes e universitários. Dentre os motivos, destacam-se: o escasso número de locais com aglomerações de pessoas nestas condições, sintomas físicos que pudessem impedir a participação da mulher (como dor, desconforto, inchaço, enjôo, cansaço), a presença de um acompanhante (de forma que, para a mulher participar, dependia não só da sua própria disponibilidade, como também da pessoa ao seu lado). No caso das mulheres no pós-parto, muitas vezes, o fato de estarem com os filhos, não proporcionava condições adequadas para a

respondente. Para contornar estas situações, foram traçadas diferentes estratégias a fim de possibilitar a participação: diversos pontos de coleta de dados, lembranças como forma de agradecimento pela participação, busca pelas melhores condições para a participante (como água, prancheta de apoio, local para assentar, ajuda com o bebê). Mesmo diante dessas dificuldades, o número amostral atingido foi considerado adequado e representativo da população-alvo. Por terem sido coletados dados nas cinco regiões do Brasil, os resultados encontrados podem ser generalizados para todo o país, ou seja, as duas escalas são válidas e confiáveis para a população de brasileiras gestantes e no pós-parto.

## CAPÍTULO 4: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a SAS-PW e a SAS-PPW demonstraram boas qualidades psicométricas para mulheres brasileiras grávidas e no pós-parto, respectivamente. O uso dessas escalas é indicado para essas populações. A SAS-PW é a única escala existente para a avaliação da autoaceitação em mulheres grávidas e a SAS-PPW para mulheres pós-parto. A SAS-PW suporta dois aspectos da autoaceitação: aceitação corporal e aceitação da gravidez. A SAS-PPW envolve três dimensões do mesmo construto: aceitação corporal, evitação corporal e preocupações com a aparência.

Acredita-se que a SAS-PW e a SAS-PPW possam contribuir com a área da saúde possibilitando um conhecimento mais profundo e consistente a respeito da autoaceitação em gestantes e mulheres no pós-parto através de medidas específicas para este contexto. Ambas as escalas são uma maneira segura, direta, rápida e eficiente de avaliar a autoaceitação da mulher no período gestacional e no pós-parto. Assim, elas podem servir de suporte em ações de orientação psicológica, prevenção de psicopatologias e promoção da saúde, refletindo no bem-estar materno e infantil. Dessa forma, considera-se que as maiores beneficiadas serão as gestantes e as mulheres no pós-parto.

São recomendados estudos futuros que busquem expandir a utilização das escalas para outros países e idiomas por meio da adaptação transcultural. Esta proposta está em desenvolvimento para a língua inglesa nos Estados Unidos. Projetos com este intuito possibilitam a comparação dos resultados em diferentes culturas. Ainda são encorajadas investigações que verifiquem a validade e a confiabilidade das escalas para adolescentes grávidas e no pós-parto. Além disso, aconselha-se o desenvolvimento de pesquisas longitudinais, as quais poderiam ajudar a compreender as relações causais entre autoaceitação e outras variáveis psicológicas, tais como: depressão, autoestima e ansiedade. Finalmente, são sugeridas propostas de intervenção no sentido de promover a melhora dos níveis de autoaceitação em gestantes e mulheres no pós-parto. As escalas criadas poderiam auxiliar no acompanhamento do impacto dessas intervenções.

## REFERÊNCIAS

- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2014). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness, 6*(3), 444–454.
- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva, 16*(7), 3061-3068.
- Amaral, A. C. S., Carvalho, P. H. B., & Ferreira, M. E. C. (2014). A cultura do corpo perfeito: a influência sociocultural da imagem corporal. In M. E. C. Ferreira, M. R. Castro, & F. F. R. Morgado. *Imagem corporal: reflexões diretrizes e práticas de pesquisa* (pp. 173-185). Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Amaral, A. C. S., Conti, M. A., Ferreira, M. E. C., & Meireles, J. F. F. (2015). Avaliação Psicométrica do Questionário de Atitudes Socioculturais em Relação à Aparência-3 (SATAQ-3) para Adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 31*(4), 471-479.
- Amaral, A. C. S., Ribeiro, M. S., Conti, M. A., Ferreira, C. S., & Ferreira, M. E. C. (2013). Psychometric Evaluation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 among Brazilian Young Adults. *Spanish Journal of Psychology, 16*(e94), 1–10.
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2014). Positive body image and young women's health: Implications for sun protection, cancer screening, weight loss and alcohol consumption behaviours. *Journal of Health Psychology, 21*(1), 28-39.
- Angher, A. J. (2017). *Vade Mecum Acadêmico de Direito*. (24<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Rideel.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP]. Critério de Classificação Econômica Brasil. Recuperado em 03 de junho de 2016, de <http://www.abep.org/criterio-brasil>
- Avalos, L., Tylka, T. L., Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image, 2*(3), 285–297.
- 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.
- Bailey, L. A., & Hailey, B. J. (1986). The psychological experience of pregnancy. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 16*(3), 263-274.

- Barbour, R. (2009). *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. (3<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Edições 70.
- Bento, J. (2009). *Parabéns! Você está grávida: Orientações para uma gravidez perfeita*. São Paulo: Alaúde.
- Berger, E. M. (1952). The relation between expressed acceptance of self and expressed acceptance of others. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47(4), 778-782.
- Bills, R. E. A. (1953). A validation of changes in scores on the Index of Adjustment and Values as measures of changes of emotionality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 17(2), 135-138.
- Boscaglia, N., Skouteris, H., & Wertheim, E. H. (2003). Changes in body image satisfaction during pregnancy: A comparison of high exercising and low exercising women. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 43(1), 41-45.
- Bowman, R. L., & DeLucia, J. L. (1992). Accuracy of self-reported weight: A metaanalysis. *Behavior Therapy*, 23(4), 637-655.
- Brasil. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública Sobre Microcefalias. (2016a). *Informe Epidemiológico nº 55 - Semana Epidemiológica (Se) 48/2016 (27/11/2016 a 03/12/2016)*. Monitoramento dos Casos de Microcefalia no Brasil. [Página da internet]. Recuperado de: [http://combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/informe\\_microcefalia\\_epidemiologico55.pdf](http://combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/informe_microcefalia_epidemiologico55.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Manual técnico de pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de baixo risco*. Brasília.
- Brasil. Ministério da saúde. (2016b). *Doença do vírus Zika*. [Página da internet]. Recuperado de: <http://who.int/mediacentre/factsheets/zika/pt/>
- Breakwell, G. M., Hammond, S., Fife-Schaw, C., & Smith, J. A. (2010). *Métodos de Pesquisa em Psicologia*. (3<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Brooten, D., Youngblut, J. M., Golembeski, S., Magnus, M. H., & Hannan, J. (2012). Perceived weight gain, risk, and nutrition in pregnancy in five racial groups. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(1), 32-42.
- Caetano, A. S. (2011). *Tradução, adaptação cultural e estrutura factorial do Body Shape Questionnaire, Body Esteem Scale e Body Appreciation Scale para mulheres brasileiras na meia-idade*. (Tese de doutorado, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas). Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000856289&opt=1>.

- 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). Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000467826>
- Campagne, D. M. (2004). The obstetrician and depression during pregnancy. *Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 116(2), 125-130.
- Campana, A. N. N. B., & Tavares, M. C. G. C. F. (2009). *Avaliação da imagem corporal: Instrumentos e diretrizes para pesquisa*. São Paulo: Phorte.
- Campbell, A., & Hausenblas, H. A. (2011). Effects of exercise interventions on body image: a meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 14(6), 780-793.
- Carr, D., & Friedman, M. A. (2005) Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 244-259.
- Carson, S. H., & Langer, E. J. (2006). Mindfulness and self-acceptance. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 24(1), 29-43.
- Carvalho, P. H. B., Amaral, A. C. S., & Ferreira, M. E. C. (2014). *Diretrizes teóricas e metodológicas para adaptação transcultural de escalas de medida em imagem corporal*. In M. E. C. Ferreira, M. R. Castro, & F. F. R. Morgado. *Imagem corporal: reflexões diretrizes e práticas de pesquisa* (pp. 157-170). Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Cash, T. F. (2011a). Crucial considerations in the assessment of body image. In T. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 129-137). New York: The Guilford Press.
- Cash, T. F. (2011b). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 39-47). 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.
- Cash, T., & Pruzinsky, T. (Eds.) (2002). *Body Image: a handbook of a theory, research and clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. F. (2001). Unconditional Self-Acceptance And Psychological Health. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 19(3), 163-176.
- Chang, S. R., Chao, Y. M., & Kenney, N. J. (2006). I am a woman and I'm pregnant: Body image of women in Taiwan during the third trimester of pregnancy. *Birth*, 33(2), 147-153.

- Chang, S. R., Kenney, N. J., & Chao, Y. M. (2010). Transformation in self-identity amongst Taiwanese women in late pregnancy: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 60-66.
- Chen, L. H., & Hamer, D. H. (2016). Zika virus: Rapid spread in the western hemisphere. *Annals of Internal Medicine*, 164, 613–661.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2009a). My baby body: A qualitative insight into women's body-related experiences and mood during pregnancy and the postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 330-345.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2009b). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. *Journal of Health Psychology*, 14(1), 27-35.
- Clark, M., & Ogden, J. (1999). The impact of pregnancy on eating behaviour and aspects of weight concern. *International Journal of Obesity*, 23(1), 18-24.
- Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 925-936.
- Cook-Cottone, C. P. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image*, 14, 158–167.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale Development: Theory and applications*. (3<sup>rd</sup> ed.). Los Angeles: Sage Publications.
- DiLeo, G. M. (2006). *Guia médico da gravidez: Passo a passo*. São Paulo: M. Books.
- Dimitrovsky, L., Lev, S., & Itskowitz, R. (1998). Relationship of maternal and general self-acceptance to pre- and postpartum affective experience. *The Journal of Psychology*, 132(5), 507-516.
- 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., Christensen, A. L., & Costigan, K. A. (2008). The Pregnancy Experience Scale – Brief Version. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 262–267.
- DiPietro, J. A., Ghera, M. M., Costigan, K., & Hawkins, M. (2004). Measuring the ups and downs of pregnancy stress. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 189–201.
- Dodd, J. M., Grivell, R. M., Crowther, C. A., & Robinson, J. S. (2010). Antenatal interventions for overweight or obese pregnant women: a systematic review of randomised trials. *BJOG*, 117(11), 1316-1326.



- 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.
- Earle, S. (2003). "Bumps And Boobs": Fatness and women's experiences of pregnancy. *Women's Studies International Forum, 26*(3), 245-252.
- Espíndola, C. R.; & Blay, S. L. (2009). Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: A metasynthesis of qualitative studies. *Annals of Clinical Psychiatry, 21*(1), 38-48.
- Fernández, P. S., Armas, I. A., Gallego, C. F., Casbas, T. M., & García, R. H. (2005). Fiabilidad de los instrumentos de medición en ciencias de la salud. *Enfermería Clínica, 15*(4), 227-236.
- Ferreira, L. (2012). Validação da Body Appreciation Scale (BAS), Life Satisfaction Index for the Third Age (LSITA) e do Aging Perception Questionnaire (APQ) para a língua portuguesa no Brasil: um estudo em idosos brasileiros. (Tese de doutorado, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas). Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000864047&opt=1>.
- 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.
- Fey, W. F. (1954). Acceptance of self and others, and its relation to therapy-readiness. *Journal of Clinical Psychology, 10*(3), 269-271.
- Foster, S. F., Slade, P., & Wilson, K. (1996). Body image, maternal fetal attachment, and breast feeding. *Journal of Psychosomatic Research, 41*(2), 181-184.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly, 21*(2), 173-206.
- 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.
- Gadit, A. M. (2016). Psychosocial aspects of pregnant women living with diabetes. *Journal of the Pakistan Medical Association, 66*(9S1), S99-S100.

- Gardner, R. M. (2011). Perceptual measures of body image for adolescents and adults. In: T. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: a handbook of science, practice and prevention*. (2nd ed., pp. 146-153). New York: The Guilford Press.
- 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.
- Giaretta, D. G., & Fagundes, F. (2015). Aspectos psicológicos do puerpério: Uma revisão. *Psicologia.pt*, 1-8. Recuperado de: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0922.pdf>
- Ginis, K. A. M., & Bassett, R. L. (2011). Exercise and changes in body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: a handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 378-386). New York: The Guilford Press.
- Gjerdingen, D., Fontaine, P., Crow, S., McGovern, P., Center, B., & Miner, M. (2009). Predictors of mothers' postpartum body dissatisfaction. *Women and Health*, 49(6), 491-504.
- Gleeson, K., & Frith, H. (2006). (De)constructing body image. *Journal of Health Psychology*, 11(1), 79-90.
- Gomes, A. G., Donelli, T. M. S., Piccinini, C.A., & Lopes, R. C. S. (2008). Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. *Interação em Psicologia*, 12(1), 99-106.
- 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.
- Gough, H. G. (1957). *California psychological inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Gough, H. G. (1987). *California Psychological Inventory: Administrator's guide*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- 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.
- Haedt, A., & Keel, P. (2007). Maternal attachment, depression, and body dissatisfaction in pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(4), 285-295.

- Hair Júnior, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados* (6a ed.). São Paulo: Bookman.
- Halliwell, E. (2015). Future directions for positive body image research. *Body Image, 14*, 177–189.
- Harper, E. A., & Rail, G. (2011). Contesting “silhouettes of a pregnant belly”: Young pregnant women’s discursive constructions of the body. *Aporia, 3*(1), 5–14.
- 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.
- Hennessey, M., Fischer, M., & Staples, J. E. (2016). Zika Virus Spreads to New Areas - Region of the Americas. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 65*, 55-58.
- Higgs, S. (2016). Zika Virus: Emergence and Emergency. *Vector-Borne and Zoonotic Diseases, 16*, 75-76.
- Hinkin, T. R. (1995). A Review of Scale Development Practices in the Study of Organizations. *Journal of Management, 21*(5), 967-988.
- Homan, K. J., & Cavanaugh, B. N. (2013). Perceived relationship with God fosters positive body image in college women. *Journal of Health Psychology, 18*(12), 1529–1539.
- Hutz, C. S. (2014). *Avaliação em psicologia positiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2015). *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed.
- Jarry, J. L., & Ip, K. (2005). The effectiveness of stand-alone cognitive-behavioural therapy for body image: A meta-analysis. *Body Image, 2*(4), 317–331.
- Jayasvasti, K., & Kanchanatawan, B. (2005). Happiness and Related Factors in Pregnant Women. *Journal of the Medical Association of Thailand, 88*(Suppl 4), 220-225.
- Johnson, S., Burrows, A., & Williamson, I. (2004). 'Does my bump look big in this?' The meaning of bodily changes for first-time mothers-to-be. *Journal of Health Psychology, 9*(3), 361-374.
- 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.
- Kazmierczak, M., & Goodwin, R. (2011). Pregnancy and body image in Poland: Gender roles and self-esteem during the third trimester. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 29*(4), 334–342.

- Keszei, A. P., Novak, M., & Streiner, D. L. (2010). Introduction to health measurement scales. *Journal of Psychosomatic Research, 68*(4), 319-323.
- Kinsaul, J. A. E., Curtin, L., Bazzini, D., & Martz, D. (2014). Empowerment, feminism, and self-efficacy: Relationships to body image and disordered eating. *Body image, 11*(1), 63-67.
- Klump, K. L., Burt, S. A., Spanos, A., McGue, M., Iacono, W. G., & Wade, T. D. (2010). Age Differences in Genetic and Environmental Influences on Weight and Shape Concerns. *International Journal of Eating Disorders, 43*(8), 679-688.
- Lai, B. P., Tang, C. S., & Tse, W. K. (2005). Prevalence and psychosocial correlates of disordered eating among Chinese pregnant women in Hong Kong. *Eating Disorders, 13*(2), 171-186.
- Laus, M. F., Kakeshita, I. S., Costa, T. M. B., Ferreira, M. E. C., Fortes, L. S., & Almeida, S. S. (2014). Body image in Brazil: recent advances in the state of knowledge and methodological issues. *Revista de Saúde Pública, 48*(2), 331-346.
- 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.
- Loth, K. A., Bauer, K. W., Wall, M., Berge, J., & Neumark-Sztainer, D. (2011). Body satisfaction during pregnancy. *Body Image, 8*(3), 297-300.
- Macinnes, D. L. (2006). Self-esteem and self-acceptance: an examination into their relationship and their effect on psychological health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*(5), 483-489.
- Maldonado, M. T. (1986). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. (8a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Malhotra, N. (2012). *Pesquisa de Marketing: Uma orientação aplicada*. (6a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Maphis, L. E., Martz, D. M., Bergman, S. S., Curtin, L. A., Webb, R. M. (2013). Body size dissatisfaction and avoidance behavior: how gender, age, ethnicity, and relative clothing size predict what some won't try. *Body Image, 10*(3), 361-368.
- McKinley, N. M. (2011). Feminist Perspectives on Body Image. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 48-55). New York: The Guilford Press.
- 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.
- Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Carvalho, P. H. B., & Ferreira, M. E. C. (2015a). Insatisfação corporal em gestantes: Uma revisão integrativa da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva, 20*(7), 2089-2101.

- Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Carvalho, P. H. B., & Ferreira, M. E. C. (2015b). Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37(7), 319-324.
- Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Carvalho, P. H. B., & Ferreira, M. E. C. (2016). Imagem corporal de gestantes: um estudo longitudinal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(3), 223-230.
- Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Morgado, F. F. R., & Ferreira, M. E. C. (2017a). Zika virus and pregnant women: a psychological approach. *Psychology & Health*, 32(7), 798-809.
- Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Carvalho, P. H. B., & Ferreira, M. E. C. (2017b). Imagem corporal, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima e ansiedade em gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2(2), 437-445.
- Merighi, M. A. B., Gonçalves, R., & Rodrigues, I. G. (2006). Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 775-779.
- Mills, A., Schmied, V. A., & Dahlen, H. G. (2013). 'Get alongside us', women's experiences of being overweight and pregnant in Sydney, Australia. *Maternal & Child Nutrition*, 9(3), 309-321.
- Montenegro, C. A. B. (2008). *Obstetrícia fundamental*. (11a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Morgado, F. F. R. (2013). "Escala de Autoaceitação para Pessoas com Cegueira Congênita ou Precoce: Desenvolvimento e Investigação Psicométrica". (Tese de Doutorado, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas). Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000902287>
- Morgado, F. F. R., Campana, A. N. N. B., & Tavares, M. C. G. C. F. (2014a). Development and Validation of the Self-Acceptance Scale for Persons with Early Blindness: The SAS-EB. *PLoS One*, 9(9), 1-9.
- Morgado, F. F. R., Campana, A. N. N. B., Fortes, L. S., Ferreira, M. E. C., & Tavares, M. C. G. C. F. (2014b). Diretrizes teóricas e metodológicas para criação de escalas de medida em imagem corporal. In M. E. C. Ferreira, M. R. Castro, & F. F. R. Morgado. Imagem corporal: reflexões diretrizes e práticas de pesquisa (pp. 137-156). Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Morgado, F. F. R., Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Amaral, A. C. S., & Ferreira, M. E. C. (2017). Scale development: ten main limitations and recommendations to improve future research practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 33(3), 1-20.
- Murkoff, H., Eisenberg, A., & Hathaway, S. (2012). *O que esperar quando você está esperando* (18a ed.). Rio de Janeiro: Record.

- Murnen, S. K., Poinsatte, K., Huntsman, K., Goldfarb, J., & Glaser, D. (2015). Body ideals for heterosexual romantic partners: Gender and sociocultural influences. *Body Image, 12*, 22-31.
- Nash, M. (2012). Weighty matters: Negotiating 'fatness' and 'in-betweenness' in early pregnancy. *Feminism & Psychology 22*(3), 307-323.
- Nelson, S. M., Matthews, P., & Poston, L. (2010). Maternal metabolism and obesity: modifiable determinants of pregnancy outcome. *Human Reproduction Update, 16*(3), 255-275.
- Neves, A. N., Morgado, F. F. R., & Tavares, M. C. G. C. F. (2015). Avaliação da Imagem Corporal: Notas Essenciais para uma Boa Prática de Pesquisa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 31*(3), 375-380.
- Ng, S. K., Barron, D., & Swami, V. (2015). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale among adults in Hong Kong. *Body Image, 13*, 1-8.
- O'dea, J. A. (2004). Evidence for a self-esteem approach in the prevention of body image and eating problems among children and adolescents. *Eating Disorders, 12*(3), 225-239.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (1991). Recomendações OMS. Recuperado de <http://www.leitematerno.org/oms.htm>
- Pacico, J. C., & Bastianello, M. R. (2014). As origens da psicometria positiva e os primeiros estudos brasileiros. In C. S. Hutz (Org.), *Avaliação em psicologia positiva* (pp. 13-21). Porto Alegre: Artmed.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. (12a ed.). Porto Alegre: AMGH.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica, 25*(5), 206-213.
- Pasquali, L. (2007). Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 23*(spe), 99-107.
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43*(Esp), 992-999.
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pasquali, L. (2013). *Psicometria: Teoria dos Testes na Psicologia e na Educação*. (5a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Patel, P., Lee, J., Wheatcroft, R., Barnes, J., & Stein, A. (2005). Concerns about body shape and weight in the postpartum period and their relation to women's self-identification. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 23*(4), 347-364.
- Pearson, A., Follette, V., & Hayes, S. C. (2012). A pilot study of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as a workshop intervention for body image. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(1), 181-197.

- Petersen, E. E., Staples, J. E., Meaney-Delman, D., Fischer, M., Ellington, S. R., Callaghan, W. M., & Jamieson, D. J. (2016). Interim Guidelines for Pregnant Women During a Zika Virus Outbreak - United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *65*, 30-33.
- Peterson, R. D., Tantleff-Dunn, S., & Bedwell, J. S. (2006). The effects of exposure to feminist ideology on women's body image. *Body Image*, *3*(3), 237-246.
- Phillips, E. L. (1951). Attitudes toward self and others: a brief questionnaire report. *Journal of Consulting Psychology*, *15*(1), 79-81.
- 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.
- Piran, N. (2015). New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures. *Body Image*, *14*, 146-157.
- Pope, M., Corona, R., & Belgrave, F. Z. (2014). Nobody's perfect: A qualitative examination of African American maternal caregivers' and their adolescent girls' perceptions of body image. *Body Image*, *11*(3), 307-317.
- Potocka, A., Turczyn-Jabłońska, K., & Kieć-Świerczyńska, M. (2008). Self-image and quality of life of dermatology patients. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, *21*(4), 309-317.
- Rallis, S., Skouteris, H., Wertheim, E. H., & Paxton, S. J. (2007). Predictors of body image during the first year postpartum: A prospective study. *Women & Health*, *45*(1), 87-104.
- Rasmussen, S. A., Jamieson, D. J., Honein, M. A., & Petersen, L. R. (2016). Zika Virus and Birth Defects - Reviewing the Evidence for Causality. *The New England Journal of Medicine*, *374*, 1981-1987.
- Rauff, E. L., & Downs, D. S. (2011). Mediating effects of body image satisfaction on exercise behavior, depressive symptoms, and gestational weight gain in pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine*, *42*(3), 381-390.
- Reppold, C. T., Gurgel, L. G., & Hutz, C. S. (2014). O processo de construção de escalas psicométricas. *Avaliação Psicológica*, *13*(2), 307-310.
- Robertson-Frey, T. L. (2005). *Body image and pregnancy: Application of theory of reasoned action*. (Dissertation, University of Saskatchewan, Saskatoon, SK, Canadá). Recuperado de <https://ecommons.usask.ca/handle/10388/etd-03232005-135758>
- Rocco, P. L., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R. P., & Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, *59*(3), 175-179.
- Rogers, C. R., & Dymond, R. F. (1954). (Eds.) *Psychotherapy and personality change*. Chicago: Univer. Chicago Press.

- Rubin, L. R., & Steinberg, J. R. (2011). Self-objectification and pregnancy: Are body functionality dimensions protective? *Sex Roles, 65*, 606–618.
- Ruggieri, V., Milizia, M., & Romano, M. F. (1979). Effects of body image on tactile sensitivity to a tickle: A study of pregnancy. *Perceptual and Motor Skills, 49*(2), 555-563.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (1996). Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics, 65*(1), 14-23.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies, 9*(1), 13-39.
- Sáfadi, M. A. P., & Nascimento-Carvalho, C. M. (2017). Update on Zika: what you need to know. *The Pediatric Infectious Disease Journal, 36*(3), 333–336.
- Sarmento, R., & Setúbal, M. S. V. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: Apectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Ciências Médicas, 12*(3), 261-268.
- Scagliusi, F. B., Polacow, V. O., Cordás, T. A., Coelho, D., Alvarenga, M., Philippi, S. T., & Lancha Júnior, A. H. (2005). Psychometric testing and applications of the Body Attitudes Questionnaire translated into Portuguese. *Perceptual and Motor Skills, 101*(1), 25-41.
- Schilder, P. (1999). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique* (3a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Schmied, V., & Lupton, D. (2001). The externality of the inside: body images of pregnancy. *Nursing Inquiry, 8*(1), 32-40.
- Schuler-Faccini, L., Ribeiro, E. M., Feitosa, I. M., Horovitz, D. D., Cavalcanti, D. P., Pessoa, A., ..., & Sanseverino, M. T. (2016). Possible Association Between Zika Virus Infection and Microcephaly - Brazil, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 65*, 59-62.
- 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.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), -5-14.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist, 60*(5), 410-421.
- 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.



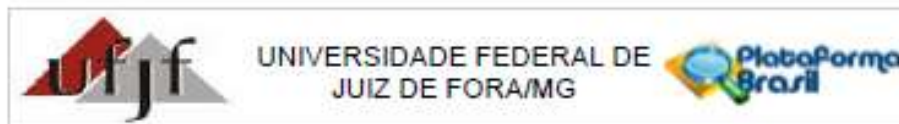
- Sheerer, E. T. (1949). An analysis of the relationship between acceptance of and respect for self and acceptance of and respect for others in ten counseling cases. *Journal of Consulting Psychology, 13*(3), 169-175.
- Shostrom, E. (1964). An inventory for the measurement of self-actualization. *Educational and Psychological Measurement, 24*(2), 207-218.
- 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. (2011). Body Image Issues in Obstetrics and Gynecology. In T. F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 56-64). New York: The Guilford Press.
- 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.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Solivan, A. E., Wallace, M. E., Kaplan, K. C., & Harville, E. W. (2015). Use of a Resiliency Framework to Examine Pregnancy and Birth Outcomes Among Adolescents: A Qualitative Study. *Families, Systems, & Health, 33*(4), 349-355.
- Stice, E., Rohde, P., & Shaw, H. (2013). *The Body Project: A dissonance-based Eating Disorder prevention intervention* (2a. ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Student, E. H. Y. (1977). Some psycho-social correlates of post-partum coping behavior. *Abstracts of Hospital Management Studies, 14*(2), 1-59.
- 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.
- Suisman, J. L., & Klump, K. L. (2011). Genetic and Neuroscientific Perspectives on Body Image. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 29-38). New York: The Guilford Press.
- Swami, V. (2011). Evolutionary Perspectives on Human Appearance and Body Image. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 20-28). New York: The Guilford Press.
- Swami, V., & Tovée, M. J. (2005). Female physical attractiveness in Britain and Malaysia: A cross-cultural study. *Body Image, 2*(2), 115-128.

- Swami, V., & Tovée, M. J. (2006). Does hunger influence judgements of female physical attractiveness? *British Journal of Psychology*, *97*(Pt3), 353–363.
- Swami, V., Campana, A. N. N. B., Ferreira, L., Barrett, S., Harris, A. S., & Tavares, M. C. G. C. F. (2011). The Acceptance of Cosmetic Surgery Scale: Initial examination of its factor structure and correlates among Brazilian adults. *Body Image*, *8*, 179–185.
- Swami, V., Frederick, D. A., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D., ..., Zivcic-Becirevic, I. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the International Body Project I. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *36*, 309–325.
- Sweeney, A. C., & Fingerhut, R. (2013). Examining relationships between body dissatisfaction, maladaptive perfectionism, and postpartum depression symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *42*, 551–561.
- Tager, D., Good, G. E., & Morrison, J. B. (2006). Our bodies, ourselves revisited: male body image and psychological well-being. *International Journal of Men's Health*, *5*(3), 228–237.
- Talarczyk, M. (2011). Reflections on patients diagnosed with anorexia and bulimia nervosa in the context of subjectivity, self-acceptance and freedom as sources of dignity. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *13*(4), 73–84.
- 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*. (pp. 142–154). New York: The Guilford Press.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. N., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tiggemann, M. (2011). Sociocultural perspective on human appearance and body image. In T. F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 12–19). New York: The Guilford Press.
- Tiggemann, M. (2015). Considerations of positive body image across various social identities and special populations. *Body Image*, *14*, 168–176.
- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, *10*(4), 624–627.

- Torjesen, I. (2016). Zika virus outbreaks prompt warnings to pregnant women. *BMJ*, *26*, 352(i500), 1-2.
- Tovée, M. J., Swami, V., Furnham, A., & Mangalparsad, R. (2006). Changing perceptions of attractiveness as observers are exposed to a different culture. *Evolution and Human Behavior*, *27*(6), 443–456.
- Turtelli, L. S., Tavares, M. C. G. C. F., & Duarte, E. (2002). Caminhos da pesquisa em Imagem Corporal e sua relação com o movimento. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, *24*, 151-166.
- Tylka, T. L. (2011). Positive Psychology Perspectives on Body Image. In T.F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp 56-64). New York: The Guilford Press.
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015a). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, *14*, 118-129.
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015b). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, *12*, 53–67.
- Walker, L. O., Gao, J., & Xie, B. (2015). Postpartum Psychosocial and Behavioral Health: A Systematic Review of Self-Administered Scales Validated for Postpartum Women in the United States. *Women's Health Issues*, *25*(5), 586–600.
- Walker, L., Timmerman, G. M., Kim, M., & Sterling, B. (2002). Relationships between body image and depressive symptoms during postpartum in ethnically diverse, low income women. *Women & Health*, *36*, 101–121.
- Watson, B., Fuller-Tyszkiewicz, M., Broadbent, J., & Skouteris, H. (2015). The meaning of body image experiences during the perinatal period: A systematic review of the qualitative literature. *Body Image*, *14*, 102-113.
- Webb, J. B., Wood-Barcalow, N. L., & Tylka, T. L. (2015). Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. *Body Image*, *14*, 130-145.
- Wilkinson, S., Huang, C., Walker, L. O., Sterling, B. S., & Kim, M. (2004). Physical activity in low-income postpartum women. *Journal of Nursing Scholarship*, *36*(2), 109–114.
- Williams, J. C., & Lynn, S. J. (2011). Acceptance: an historical and conceptual review. *Imagination, Cognition and Personality*, *30*(1), 5-56.
- Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). “But I like my body”: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, *7*(2), 106–116.

World Health Organization [WHO]. (1995). *Body mass index classification*. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization. Technical Report Series 854. Recuperado de [http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)

## ANEXO I



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo do Componente Atitudinal da Imagem Corporal para Gestantes

**Pesquisador:** Maria Elisa Caputo Ferreira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 50474115.1.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Educação Física

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.376.707

**Apresentação do Projeto:**

O estudo proposto é pertinente e tem 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.

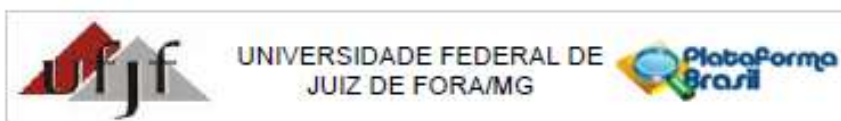
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos são apresentados, conforme o exigido.

**Recomendações:****Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

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 e com a Norma Operacional CNS 001/2013. Data prevista para o término da pesquisa: Outubro de 2018.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)21102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propeq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 1.376.707

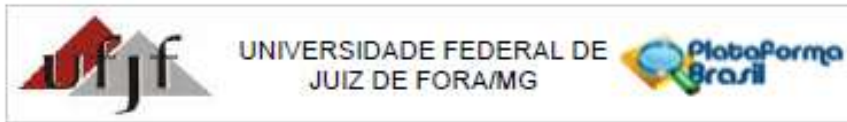
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, 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.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_548425.pdf	07/12/2015 15:31:27		Aceito
Outros	07_12_INSTRUMENTOS.doc	07/12/2015 15:29:44	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PreTeste.docx	03/12/2015 10:52:08	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GrupoFocal.docx	03/12/2015 10:52:01	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	03_12_projetodetalhado_DesenvolvimentoeAvaliacaoPsicometricadeumInstrumentoAvaliativodoComponenteAtitudinaldaImagemCorporalparaGestantes.doc	03/12/2015 10:51:06	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Analise_Psicometrica.docx	27/10/2015 11:34:19	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto assinada.pdf	04/06/2015 18:42:06		Aceito
Outros	Declarações assinadas.pdf	08/07/2015 09:40:19		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Curriculos Lattes (Pedro Henrique Berbert de Carvalho).pdf	02/07/2015 11:33:35		Aceito
Outros	Curriculo-do-Sistema-de-Curriculos-Lattes-Maria-Elisa-	02/07/2015 11:02:14		Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-000  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)2102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.376.707

Outros	Caputo-Ferreira.pdf	02/07/2015 11:02:14		Aceito
Outros	Curriculo-do-Sistema-de-Curriculos-Lattes-Juliana-Fernandes-Filgueiras-Melreles.pdf	02/07/2015 11:01:50		Aceito
Outros	Curriculo-do-Sistema-de-Curriculos-Lattes-Clara-Mockdece-Neves.pdf	02/07/2015 11:01:11		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 16 de Dezembro de 2015

Assinado por:  
Francis Ricardo dos Reis Justi  
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER SW  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



## ANEXO II

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

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

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Grupo Focal**

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “**Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo do Componente Atitudinal da Imagem Corporal para Gestantes**”. Nesta pesquisa pretendemos desenvolver e avaliar as qualidades psicométricas de um instrumento avaliativo do componente atitudinal da imagem corporal em gestantes. O motivo que nos leva a estudar surge da escassez de medidas específicas para a avaliação da imagem corporal de mulheres grávidas.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **caso aceite o nosso convite, você irá participar de um grupo focal com a duração aproximada de uma hora e meia que será realizado na Faculdade de Educação Física e Desportos da Universidade Federal de Juiz de Fora. O custo com o seu deslocamento será reembolsado pela pesquisadora no dia do encontro. Você e outras gestantes irão conversar sobre alguns aspectos relacionados à imagem corporal de gestantes. Essa conversa será gravada e filmada. Sua opinião será a base para a construção dos itens de um questionário.** Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em **riscos mínimos, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc.** A pesquisa contribuirá para: **um avanço nas pesquisas de imagem corporal em gestantes, pois os pesquisadores poderão contar com uma medida válida e precisa para diagnosticar alterações nesta imagem.**

Para participar deste estudo, a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sra. tem assegurado o direito a indenização. A Sra. 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 a Sra. 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. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informada dos objetivos da pesquisa “**Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo do Componente Atitudinal da Imagem Corporal para Gestantes**” 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 este termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à 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.PROPESQ@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 III**  
**Guia do Moderador - Grupo focal - Gestantes**  
**“Escalas de Atitudes Positivas na Gestação”**

**Materiais:** Câmeras de vídeos  
 Crachás  
 Reportagens  
 Imagem



**Tópicos:**

- I. Introdução e Comprometimento voluntário (TCLE)
- II. Desenvolvimento
- III. Dúvidas ou comentários
- IV. Encerramento

Visão geral da sessão: O foco dessa discussão grupal é levantar questões a respeito da imagem corporal de gestantes e de mulheres no pós-parto. A sessão deverá ser amplamente interativa, com discussões sobre o corpo e as mudanças deste durante diferentes períodos da gestação e do pós-parto. É importante garantir a participação livre e espontânea de todas participantes.

**I. INTRODUÇÃO E COMPROMETIMENTO VOLUNTÁRIO (15 minutos)**

A medida em que as participantes forem chegando, elas serão conduzidas à mesa e receberão um crachá de identificação.

Ligar a câmera de vídeo.

*Obrigada a todas pela presença.*

*Estamos hoje reunidas nesse encontro para refletirmos e conversarmos sobre diferentes aspectos relacionados ao corpo de vocês durante a gestação e também aspectos relacionados ao que esperam do período pós parto. Por isso, na medida em que variadas questões relacionadas a esses aspectos forem emergindo em nossa conversa, é importante que vocês deem a opinião de vocês com base no que verdadeiramente pensam e sentem. Vocês não estão sendo avaliadas e não existem respostas certas ou erradas, o importante são as ideias de vocês.*

*Tenho aqui comigo um roteiro de perguntas e pode ser que em algum momento eu o consulte, visando assegurar que todos os assuntos que eu considero mais importantes de serem discutidos com vocês sejam abordados.*

*Em cima da mesa, temos um lanche que vocês podem se servir ao longo da nossa conversa. Sintam-se à vontade.*

*Bom, vamos começar lendo juntas o Termo que regulamenta a nossa pesquisa. Todas as informações importantes estão contidas nele.*

Distribuição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e leitura.

*Alguém tem alguma dúvida? Cada uma de vocês está disposta a participar voluntariamente e de maneira sincera deste grupo? Então, peço que cada uma assine o termo.*

*Como vocês podem ver também, temos aqui hoje a presença de mais três pesquisadoras que vão acompanhar o nosso encontro: Maria Elisa, Clara e Laís. Pode ser que a Maria Elisa também faça algumas perguntas para vocês durante nosso encontro.*

*Vale ressaltar que o que for falado aqui hoje não terá qualquer relação com os procedimentos pré-natal que você realiza no consultório do seu médico responsável.*

*Vamos começar conhecendo melhor umas às outras. Cada uma pode nos dizer seu nome, idade, idade gestacional e alguma coisa que quiserem falar sobre a gestação de vocês. Eu vou começar.*

*Como vocês sabem, meu nome é Juliana, tenho 25 anos e ainda não estou grávida. Sou formada em Educação Física e fiz mestrado em Psicologia. Agora estou no Doutorado em Psicologia também e eu*

*estudo a Imagem Corporal da gestante. As discussões que surgirem nesse grupo hoje servirão de base para a criação de algumas questões para um questionário de imagem corporal em gestantes. É isso. Quem quer ser a próxima?*

## **II. Desenvolvimento (60 minutos)**

*Bom, para começar eu trouxe aqui algumas reportagens de sites de notícias com os títulos:*

*“Sophie Charlotte exhibe o barrigão em foto na piscina”*

*“Kim Kardashian queixa-se de ter engordado 23 quilos durante a gravidez”*

*“Luana Piovani sobre os gêmeos: ‘Aguento mais uma semana’”*

*“Adriana Sant’Anna mostra estria, mas garante: ‘Nada de stress’”*

*“Deborah Secco mostra barriga sequinha um mês após dar a luz”*

*Ao ler essas reportagens recentemente divulgadas em algumas mídias, fiquei curiosa sobre a opinião de vocês a respeito das mesmas. Então, poderiam me dizer o que vocês acham dessas reportagens?[...]*

*Agora, fiquei curiosa sobre seus sentimentos em relação a esse tipo de notícia. Me digam uma coisa, o que vocês sentem quando leem notícias como essas?*

*(CONDICIONAL: se surgir enfaticamente a questão do corpo ideal e de sentimentos e crenças negativas quando não é possível atingi-lo, é importante perguntar:) Gostaria ainda de conhecer mais algumas questões sobre suas atitudes em relação às reportagens.*

*Vocês acreditam que exista um corpo grávido ideal? Vocês poderiam descrever como é esse corpo?*

*Por exemplo, se vocês consideram ou sentem que estão distantes do corpo que consideram ideal durante a gestação, adotam algum tipo de comportamento para atingir o corpo perfeito?*

*(CONDICIONAL: se **não** surgir enfaticamente a questão do corpo ideal e de sentimentos e crenças negativas quando não é possível atingi-lo, é importante perguntar:) Gostaria ainda de conhecer mais algumas questões sobre suas atitudes em relação às reportagens. Por exemplo, mesmo não se importando em ter um corpo ideal durante a gestação, adotam algum tipo de comportamento para mantê-lo saudável? [...] Então, o enfoque seria a saúde e não manter um corpo bacana?*

*E quanto ao corpo de vocês? Vocês poderiam descrever o corpo de vocês como ele está no momento?*

**Cognitivo**

*Vocês acham que a mídia ou a opinião de outras pessoas, por exemplo, influenciam na relação de vocês com o corpo de vocês? Como?*

*No entendimento de vocês, existe alguma relação entre a dimensão do corpo grávido de vocês e seus sentimentos e crenças de capacidade? [...] Por exemplo, vocês sentem e acreditam ser mais ou menos capazes em diferentes atividades do cotidiano (trabalhar, estudar, cuidar de atividades da casa, etc.) em função do tamanho do corpo?*

*Para vocês, qual é o significado de estar grávida?*

*Vocês poderiam relatar o significado que o seu corpo atual possui para você?*

*O que é mais importante para vocês nesse momento?*

## Afetivo

*Bom, vocês já falaram/discutiram sobre diferentes sentimentos que possuem tanto em relação às notícias que lemos no início desse encontro, quanto a outros diferentes aspectos. Mas, agora, eu gostaria de conhecer um pouco melhor seus sentimentos especificamente em relação ao corpo de vocês. Então, quando o enfoque é seu corpo grávido, quais os sentimentos que mais lhe vêm à mente?*

*Quero entender um pouco melhor essa questão. Me digam quais sentimentos não são confortáveis neste momento? E quais são confortáveis?*

*Ainda tenho curiosidade sobre outras questões. Por exemplo, quais as partes do seu corpo você é mais satisfeita? E quais partes você é menos satisfeita? Por quê?*

## Comportamental

*E, por acaso, nesse período da gestação, vocês já passaram por situações nas quais vocês se sentiram desconfortáveis em relação a algum aspecto de sua aparência? [...] Poderiam compartilhar com a gente como foi essa situação?*

*Depois desse dia, vocês já tentaram evitar situações nas quais vocês poderiam se sentir desconfortáveis com relação a algum aspecto da sua aparência? Ou não, situações como essas não abalam vocês?*

*O espelho na vida da mulher costuma ser uma importante fonte de informações sobre o corpo. Nesse período da vida de vocês, vocês têm se olhado no espelho? Como vocês se sentem diante da imagem que percebem? Aquelas que não se olham, por que não se olham?*

*Outra questão que me surgiu agora é sobre autoelogios e autocríticas. Me digam uma coisa, vocês tem se elogiado e/ou se criticado nesta fase da vida? Quais são esses elogios e/ou críticas? Esses autoelogios e autocríticas são diferentes de outros períodos de sua vida?*

*E com relação ao corpo? Vocês elogiam e/ou criticam o corpo de vocês? Quais são esses elogios e/ou críticas?*

*Outras pessoas têm feitos comentários a respeito do corpo de vocês? Quais são esses comentários? Como que vocês têm recebido esses comentários?*

*E vocês se comparam com outras mulheres grávidas? Como?*

*Vocês têm se pesado fora do consultório médico? Por quê?*

*Vocês acham que o ganho de peso é importante? Por quê?*

Direcionar para a comparação entre trimestres:

*Vocês estão no \_\_\_\_\_ (primeiro, segundo ou terceiro) trimestre.*

**No caso do primeiro trimestre:** *O que vocês esperam dos próximos trimestres? Estejam livres para falar. Podem falar em relação ao corpo de vocês, à saúde, ao bebê, ao trabalho, enfim, o que lhes vem à mente. E do pós-parto? Vocês acham ou sentem que teriam respostas diferentes para algumas das questões que discutimos em nosso encontro se estivessem nos próximos trimestres da gestação? E se estivessem no pós parto? Poderiam relatá-las.*

**No caso do segundo trimestre:** *Como foi o seu primeiro trimestre? O que você espera do terceiro trimestre? O que você espera do pós-parto? Vocês acham ou sentem que teriam respostas diferentes para algumas das questões que discutimos em nosso encontro se estivessem no primeiro ou no terceiro trimestre da gestação? E se estivessem no pós parto? Poderiam relatá-las.*

**No caso do terceiro trimestre:** *Como foi o seu primeiro trimestre? E o segundo? O que você espera do pós-parto? Vocês acham ou sentem que teriam respostas diferentes para algumas das questões que discutimos em nosso encontro se estivessem no primeiro ou no segundo trimestre da gestação? E se estivessem no pós parto? Poderiam relatá-las.*

Caso não apareçam discussões direcionadas ao corpo:

*Agora eu gostaria que vocês pensassem apenas no corpo de vocês e nas atitudes de vocês diante a essas mudanças.*

**REPETIR AS PERGUNTAS ANTERIORES DE CADA TRIMESTRE PENSANDO NO CORPO.**

Caso tenha tempo, mostrar imagem retirada de uma rede social direcionada para gestante:

*Eu peguei essa imagem de uma rede social direcionada para gestante.*

*O que ela mostra? O que vocês pensam sobre essa imagem? Concordam ou discordam disso?*

### **III. Dúvidas ou comentários (10 minutos)**

*Estamos nos aproximando do fim da nossa reunião. Então, eu gostaria de saber: qual é a opinião de vocês sobre o que nós discutimos aqui hoje?*

*Vocês gostariam de relatar algo que se esqueceram durante o grupo, mas é importante para vocês?*

*Caso alguém tenha alguma dúvida ou queira fazer mais algum comentário, este é o momento.*

### **IV. Encerramento (10 minutos)**

*Mais uma vez, obrigada pela presença de vocês. Os comentários de vocês foram muito úteis e serão de grande valia para o meu trabalho.*

*Antes de irem embora, vou pedir a vocês que preencham um questionário rápido com algumas informações pessoais e enquanto isso, eu vou chamar uma a uma ali na sala anexo para poder pesá-las e medi-las. Essas informações também são importantes para o meu trabalho.*

*Como forma de agradecimento, eu trouxe uma lembrancinha para vocês. Desejo que vocês tenham uma boa hora e desejo muita saúde para vocês e seus bebês.*

**MUITO OBRIGADA!**

Entregar o Questionário sociodemográfico.

Momento de aferição da estatura e massa corporal.

Entregar lembrancinhas.

**ANEXO IV**  
**Guia do Moderador - Grupo focal – Mulheres do Pós-Parto**  
**“Escalas de Atitudes Positivas na Gestação”**

**Materiais:** Câmeras de vídeos  
 Crachás  
 Reportagens

**Tópicos:** I. Introdução e Comprometimento voluntário (TCLE)  
 II. Desenvolvimento  
 III. Dúvidas ou comentários  
 IV. Encerramento

Visão geral da sessão: O foco dessa discussão grupal é levantar questões a respeito da imagem corporal de gestantes e de mulheres no pós-parto. A sessão deverá ser amplamente interativa, com discussões sobre o corpo e as mudanças deste durante diferentes períodos da gestação e do pós-parto. É importante garantir a participação livre e espontânea de todas participantes.

**I. INTRODUÇÃO E COMPROMETIMENTO VOLUNTÁRIO (15 minutos)**

A medida em que as participantes forem chegando, elas serão conduzidas à mesa e receberão um crachá de identificação.

Ligar a câmera de vídeo.

*Obrigada a todas pela presença.*

*Estamos hoje reunidas nesse encontro para refletirmos e conversarmos sobre diferentes aspectos relacionados ao corpo de vocês durante a gestação e agora no período do pós parto. Por isso, na medida em que variadas questões relacionadas a esses aspectos forem emergindo em nossa conversa, é importante que vocês deem a opinião de vocês com base no que verdadeiramente pensam e sentem. Vocês não estão sendo avaliadas e não existem respostas certas ou erradas, o importante são as ideias de vocês.*

*Tenho aqui comigo um roteiro de perguntas e pode ser que em algum momento eu o consulte, visando assegurar que todos os assuntos que eu considero mais importantes de serem discutidos com vocês sejam abordados.*

*Em cima da mesa, temos um lanche que vocês podem se servir ao longo da nossa conversa. Sintam-se à vontade.*

*Bom, vamos começar lendo juntas o Termo que regulamenta a nossa pesquisa. Todas as informações importantes estão contidas nele.*

Distribuição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e leitura.

*Alguém tem alguma dúvida? Cada uma de vocês está disposta a participar voluntariamente e de maneira sincera deste grupo? Então, peço que cada uma assine o termo.*

*Como vocês podem ver também, temos aqui hoje a presença de mais três pesquisadoras que vão acompanhar o nosso encontro: Maria Elisa, Clara e Laís. Pode ser que a Maria Elisa também faça algumas perguntas para vocês durante nosso encontro.*

*Vamos começar conhecendo melhor umas às outras. Cada uma pode nos dizer seu nome, idade, data de nascimento do filho e alguma coisa que quiserem falar sobre vocês. Eu vou começar.*

*Como vocês sabem, meu nome é Juliana, tenho 25 anos e ainda não estou grávida nem mãe. Sou formada em Educação Física e fiz mestrado em Psicologia. Agora estou no Doutorado em Psicologia também e eu estudo a Imagem Corporal da gestante. As discussões que surgirem nesse grupo hoje servirão de base para a criação de algumas questões para um questionário de imagem corporal em gestantes. É isso. Quem quer ser a próxima?*

## **II. Desenvolvimento (60 minutos)**

*Bom, para começar eu trouxe aqui algumas reportagens de sites de notícias com os títulos:*

*“Kim Kardashian queixa-se de ter engordado 23 quilos durante a gravidez”*

*“Deborah Secco mostra barriga sequinha um mês após dar a luz”*



*Ao ler essas reportagens recentemente divulgadas em algumas mídias, fiquei curiosa sobre a opinião de vocês a respeito das mesmas. Então, poderiam me dizer o que vocês acham dessas reportagens? [...]*

*Agora, fiquei curiosa sobre seus sentimentos em relação a esse tipo de notícia. Me digam uma coisa, o que vocês sentem quando leem notícias como essas?*

*E quanto ao corpo de vocês? Vocês poderiam descrever o corpo de vocês como ele está no momento?*

## Cognitivo

*Vocês acham que a mídia ou a opinião de outras pessoas, por exemplo, influenciam na relação de vocês com o corpo de vocês? Como?*

*Ser mãe, em conjunto com as atribuições de maternidade, de algum modo interfere seus sentimentos e crenças de capacidade? [...] Por exemplo, vocês sentem e acreditam ser mais ou menos capazes em diferentes atividades do cotidiano (trabalhar, estudar, cuidar de atividades da casa, etc.) em função da sua condição atual?*

*Para vocês, qual é o significado de ser mãe?*

*Vocês poderiam relatar o significado que o seu corpo atual possui para você?*

*O que é mais importante para vocês neste momento?*

## Afetivo

*Quando o enfoque é o corpo de vocês, o que vocês sentem? Quais sentimentos não são confortáveis neste momento? E quais são confortáveis? Me falem um pouco sobre isso.*

*E, por acaso, nesse período do pós parto, vocês já passaram por situações nas quais vocês se sentiram desconfortáveis em relação a algum aspecto de sua aparência? [...] Poderiam compartilhar com a gente como foi essa situação?*

*Depois desse dia, vocês já tentaram evitar situações nas quais vocês poderiam se sentir desconfortáveis com relação a algum aspecto da sua aparência? Ou não, situações como essas não abalam vocês?*

*Ainda tenho curiosidade sobre outras questões. Por exemplo, quais as partes do seu corpo você é mais satisfeita? E quais partes você é menos satisfeita? Por quê?*

## Comportamental

*O espelho na vida da mulher costuma ser uma importante fonte de informações sobre o corpo. Nesse período da vida de vocês, vocês têm se olhado no espelho? Como vocês se sentem diante da imagem que percebem? Aquelas que não se olham, por que não se olham?*

*Outra questão que me surgiu agora é sobre autoelogios e autocríticas. Me digam uma coisa, vocês tem se elogiado e/ou se criticado nesta fase da vida? Quais são esses elogios e/ou críticas? Esses autoelogios e autocríticas são diferentes de outros períodos de sua vida?*

*E com relação ao corpo? Vocês elogiam e/ou criticam o corpo de vocês? Quais são esses elogios e/ou críticas?*

*Outras pessoas têm feitos comentários a respeito do corpo de vocês? Quais são esses comentários? Como que vocês têm recebido esses comentários?*

*Vocês se pesam? Com que frequência? Por quê?*

Direcionar para a comparação entre trimestres:

*Vocês estão no pós-parto.*

*Como foi o seu período gestacional? Vocês acham ou sentem que teriam respostas diferentes para algumas das questões que discutimos em nosso encontro se estivessem no período gestacional? Poderiam relatá-las.*

Caso não apareçam discussões direcionadas ao corpo:

*Agora eu gostaria que vocês pensassem apenas no corpo de vocês e nas atitudes de vocês diante a essas mudanças.*

**REPETIR AS PERGUNTAS ANTERIORES DE CADA TRIMESTRE PENSANDO NO CORPO.**

### **III. Dúvidas ou comentários (10 minutos)**

*Estamos nos aproximando do fim da nossa reunião. Então, eu gostaria de saber: qual é a opinião de vocês sobre o que nós discutimos aqui hoje?*

*Vocês gostariam de relatar algo que se esqueceram durante o grupo, mas é importante para vocês?*

*Caso alguém tenha alguma dúvida ou queira fazer mais algum comentário, este é o momento.*

**IV. Encerramento (10 minutos)**

*Mais uma vez, obrigada pela presença de vocês. Os comentários de vocês foram muito úteis e serão de grande valia para o meu trabalho.*

*Antes de irem embora, vou pedir a vocês que preencham um questionário rápido com algumas informações pessoais e enquanto isso, eu vou chamar uma a uma ali na sala anexo para poder pesá-las e medi-las. Essas informações também são importantes para o meu trabalho.*

*Como forma de agradecimento, eu trouxe uma lembrancinha para vocês. Desejo muita saúde para vocês e seus bebês.*

**MUITO OBRIGADA!**

Entregar o Questionário sociodemográfico.

Momento de aferição da estatura e massa corporal.

Entregar lembrancinhas.

## ANEXO V

## Primeira Versão

## Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto (EAGEPP)

<b><u>PARTE I: TODAS AS PARTICIPANTES</u></b>  Por favor, leia cada afirmativa cuidadosamente e assinale em cada linha a opção que melhor reflete o quanto você concorda com a afirmação. Não há resposta certa e nem errada. Apenas, responda baseada em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos do momento atual de sua vida. Seja o mais sincera possível.	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo/Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Sinto-me em estado de graça nesse período de minha vida.					
2. Gosto muito da imagem que vejo ao olhar o meu corpo no espelho.					
3. Fico sossegada com a dimensão de meu corpo mesmo quando ouço algum comentário negativo a seu respeito.					
4. Eu me sinto confortável no meu corpo atual.					
5. A todo o momento, tenho pensamentos positivos em relação a minha aparência corporal.					
6. Gosto muito de usar roupas que mostrem minha silhueta atual.					
7. De uma forma geral, estou satisfeita com meu corpo.					
8. Meu corpo é muito lindo, mesmo depois do aumento de suas dimensões por causa da gravidez.					
9. Para me manter saudável, faço exercícios físicos, se indicados pelo meu médico.					
10. Sinto-me muito incomodada pelas limitações de alguns cuidados estéticos comigo mesma durante esse período de minha vida (como pintar ou realizar tratamentos químicos no cabelo, fazer tratamento químico na pele de meu rosto, etc).					
11. Sinto-me muito bem com o corpo que tenho agora.					
12. Eu procuro me manter ativa e disposta para desempenhar minhas atividades.					
13. Sinto vergonha de meu corpo frente ao meu companheiro.					
14. Estou atenta às necessidades atuais de meu corpo.					
15. Constantemente, eu elogio meu corpo atual.					
16. Sinto-me muito incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de minha aparência (como tamanho de minha barriga, nariz, seios, formato de meu rosto, acne, manchas, etc).					
17. O aspecto do meu rosto, neste momento, me agrada muito.					
18. Neste momento, eu respeito meu corpo como ele é.					
19. As opiniões maldosas das pessoas a respeito de meu corpo me preocupam exageradamente.					

20. Estou com dificuldades para dormir e isso me perturba muito.					
21. Eu me cobro exageradamente.					
22. Minha felicidade neste período de minha vida depende de minha forma e peso corporais.					
23. Evito tirar fotos que enfatizem minha aparência.					
24. Gosto muito do tamanho de meus seios.					
25. Sinto-me muito incomodada pelo fato de minhas roupas não estarem me servindo mais.					
26. Adoto comportamentos equilibrados relacionados ao corpo (como praticar exercícios físicos com moderação, comer de modo saudável, etc).					
27. Eu acho que meu corpo merece ser elogiado.					
28. Sinto-me muito incomodada por ter limitado meu tempo para investir nos meus cuidados estéticos (como pintar as unhas, hidratar o cabelo, etc).					
29. Eu aprecio as características diferentes e únicas de meu corpo atual.					
30. Eu exagero na utilização de cremes e/ou óleos devido ao pavor que tenho do surgimento de estrias.					
31. Para não engordar, sou muito rigorosa em relação a tudo que como.					
32. Eu procuro filtrar totalmente as opiniões das pessoas a respeito de meu corpo.					
33. Eu acho que meu corpo tem boas qualidades.					
34. Apesar de suas imperfeições, aceito meu corpo do jeito que ele é.					
35. Tenho expectativas de que meu corpo retorne rapidamente, após o parto, ao que era antes de ficar grávida.					
36. Fico muito sossegada sobre o que as pessoas pensam e falam a respeito de meu corpo.					
37. Controlo meu peso corporal com muita frequência.					
38. Estou feliz pelas mudanças que percebo em meu corpo (ou nas dimensões de meu corpo).					
39. Eu aprecio a função que meu corpo está desempenhando.					
40. Para manter minha saúde e de meu bebê, sempre como alimentos saudáveis.					
41. Preocupo-me constantemente com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar meu corpo menos atraente.					
42. A minha autoestima depende muito da opinião de meu companheiro a respeito de minha aparência corporal.					
43. Muitas vezes penso tanto na minha aparência que esqueço o que é bom para o bebê.					
44. Evito expor meu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc).					

<p><b><u>PARTE II: GESTANTES</u></b></p> <p>Se você é GESTANTE, continue respondendo as afirmativas abaixo. Se você é uma MULHER NO PÓS-PARTO, passe para a próxima folha.</p>	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo/Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
45. Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando uma gestante muito bonita.					
46. Mesmo grávida, busco constantemente ter um corpo esbelto e perfeito.					
47. Sinto-me confortável com sintomas físicos relacionados à gravidez (como enjoos, inchaço, vontade de urinar, gases, etc).					
48. Saber que estou grávida me deixa muito feliz.					
49. Comparo o tempo todo a dimensão de partes de meu corpo (como quadril, pernas e seios) com de outras gestantes.					
50. Depois do nascimento de meu filho, penso em fazer uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como na mama, no abdome, bumbum, etc).					
51. Gosto muito de tirar fotos que destacam minha barriga.					
52. Eu lido muito bem com a diminuição de minhas capacidades físicas devido à gravidez (flexibilidade, força, capacidade respiratória, etc).					
53. Comparo o tempo todo o tamanho de minha barriga com de outras gestantes.					
54. Eu aceito feliz a minha gravidez.					
55. A - Primeiro Trimestre: Após o parto, espero perder rapidamente o peso que eu estou ganhando ou vou ganhar na gestação. B - Segundo Trimestre: Após o parto, espero perder rapidamente o peso que eu estou ganhando na gestação. C - Terceiro Trimestre: Após o parto, espero perder rapidamente o peso que eu ganhei na gestação.					
56. Minha gravidez me tirou a confiança para realizar algumas tarefas de meu dia a dia (como agachar, levantar, calçar o sapato, arrumar a casa, etc).					
57. Controlo o tamanho de minha barriga para saber se engordei demais.					
58. Pensar no parto me deixa muito feliz.					
59. Enquanto grávida, pretendo conseguir um corpo que eu considero ideal.					
60. Fico incomodada com a necessidade de ir ao banheiro a todo o momento.					
61. Tenho muito medo do momento de meu parto.					
62. Espero feliz pelas mudanças que ainda virão em meu corpo (ou nas dimensões de meu corpo) antes de meu filho nascer.					

63. Fico muito incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades grávidas.					
64. Falo para todos que estou grávida com medo de pensarem que estou gorda.					
65. Aprecio as fotos que destacam meu corpo de grávida.					
66. A - Primeiro Trimestre: Em tão pouco tempo da gestação, sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo está enorme! B - Segundo Trimestre: Sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo está enorme! C - Terceiro Trimestre: Sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo está enorme!					
67. Eu sinto que minhas atividades do dia a dia foram muito limitadas por conta da gestação.					
68. Sinto-me feliz e confortável ao ver minha barriga crescendo durante a gravidez.					
69. Aceito feliz meu ganho de peso.					
70. Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme.					
71. Para manter meu corpo em forma, faço exercícios físicos intensos sem me preocupar com a saúde de meu bebê.					
72. Logo após o parto, pretendo começar uma busca diária por um corpo magro.					
73. Meu corpo é muito atraente, mesmo com o aumento do tamanho de minha barriga.					
74. Fico preocupada porque acho que minha gravidez irá causar danos permanentes em meu corpo.					
75. Preocupo-me exageradamente com doenças que sei que podem afetar a saúde de meu bebê (como Zika Vírus, Toxoplasmose, Rubéola, etc.).					
76. A - Primeiro Trimestre: Minhas expectativas são positivas quanto ao tamanho de meu corpo no final da gestação. B - Segundo Trimestre: Minhas expectativas são positivas quanto ao tamanho de meu corpo no final da gestação.					
77. Evito usar roupas que ressaltam minha gravidez.					

<p><b><u>PARTE III: MULHERES NO PÓS-PARTO</u></b></p> <p>Se você é GESTANTE, NÃO responda essa parte.</p> <p>Se você é uma MULHER NO PÓS-PARTO, continue respondendo as afirmativas abaixo.</p>	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo/Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
78. Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando uma mãe muito bonita.					
79. Agora que não estou mais grávida, busco constantemente ter um corpo esbelto e perfeito.					
80. Sinto-me confortável com sintomas físicos relacionados ao momento pós-parto (como sono, dor nos seios, etc).					
81. Saber que gerei um filho me deixa muito feliz.					
82. Comparo o tempo todo a dimensão de partes de meu corpo (como quadril, pernas e seios) com de outras mães.					
83. Assim que for possível, penso em fazer uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como na mama, no abdome, bumbum, etc).					
84. Gosto muito de tirar fotos em que apareço de corpo inteiro.					
85. Eu lido muito bem com a diminuição de minhas capacidades físicas devido à maternidade (flexibilidade, força, capacidade respiratória, etc).					
86. Comparo o tempo todo o tamanho de minha barriga com outras mães.					
87. Eu aceito feliz o fato de ser mãe.					
88. Espero perder rapidamente o peso que eu ganhei na gestação.					
89. A maternidade me tirou a confiança para realizar algumas tarefas de meu dia a dia (como cuidar da casa, sair à rua, fazer compras, etc).					
90. Controlo o tamanho de minha barriga para saber se emagreci.					
91. Pensar no futuro me deixa muito feliz.					
92. Enquanto mãe, pretendo conseguir um corpo que eu considero ideal.					
93. Fico muito incomodada com as atribuições da maternidade (por exemplo, noites em claro, cuidados do bebê, rotina modificada, etc).					
94. Tenho muito medo quando penso no futuro.					
95. Estou feliz mesmo após as mudanças que ocorreram em meu corpo.					
96. Fico muito incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades que tiveram filho recentemente.					
97. Falo para todos que estou no pós-parto para não me avaliarem mal.					
98. Aprecio as fotos que destacam minha aparência no papel de mãe.					
99. Mesmo após o parto, sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo está enorme!					



100. Eu sinto que minhas atividades do dia a dia foram muito limitadas por conta da maternidade.					
101. Gasto muito tempo de meu dia pensando em como ter o corpo que eu tinha antes de engravidar.					
102. Aceito feliz meu peso corporal atual.					
103. Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga flácida.					
104. Para voltar com a forma física desejada, faço exercícios físicos intensos mesmo que tenha que ficar muitas horas distante de meu bebê.					
105. Logo após o parto, comecei uma busca diária por um corpo magro.					
106. Fico preocupada porque acho que minha gravidez causou danos permanentes em meu corpo.					
107. Meu corpo é muito atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade.					
108. Evito usar roupas que ressaltam meu corpo atual.					

## ANEXO VI

### Formulário dos peritos

#### INSTRUÇÕES PARA ANÁLISE DO INSTRUMENTO

Prezado(a) Pesquisador(a),

Você está sendo convidado a participar como perito da avaliação do conteúdo da “**Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto**” (EAGEPP). A criação da referida escala é objeto de estudo do meu Doutorado em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob orientação da professora Dr<sup>a</sup> Maria Elisa Caputo Ferreira.

A Imagem Corporal positiva inclui sentimentos, pensamentos e comportamentos positivos relacionados ao corpo. A Autoaceitação é um importante meio de desenvolvimento desta, já que envolve atitudes positivas do indivíduo com relação a múltiplos aspectos de si mesmo, incluindo qualidades boas e ruins, como por exemplo: aceitar e apreciar a si mesmo como é; sentir-se igual às outras pessoas (nem melhor e nem pior); não se incomodar com opiniões negativas de outras pessoas; e entender e respeitar suas próprias limitações.

Durante a gestação e o pós-parto, é de extrema importância que a mulher aceite sua nova condição e as mudanças que esse período traz em sua vida, tanto nos aspectos corporais, quanto com relação a suas funções e relacionamento com as pessoas próximas. A autoaceitação nesse período pode envolver o bem estar biopsicossocial da mulher. Sendo assim, o objetivo da minha tese de doutorado é desenvolver e avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento avaliativo da Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto.

A etapa de criação dos itens foi realizada através de método dedutivo (revisão de Literatura) e indutivo. Neste último, foram realizados 4 grupos focais, sendo um para cada um dos três trimestres gestacionais e um para mulheres no pós-parto, totalizando a participação de 18 mulheres. Após essa etapa, a versão inicial do instrumento é composta por três partes: a Parte I inclui itens que devem ser respondidos por todas as participantes, a Parte II se destina apenas às gestantes, e a Parte III engloba questões exclusivamente para as mulheres no pós-parto. Esta versão inicial está disponível para seu julgamento.

A avaliação do instrumento envolve 2 fases: 1) AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO e 2) ANÁLISE DO INSTRUMENTO. Na fase 1, você irá responder quanto a Representatividade, Redação e Especificação dos Fatores. Na fase 2, o Título, Formato, Instruções e Escore do instrumento serão julgados.

Agradeço antecipadamente pela sua atenção e empenho e me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,  
Juliana Fernandes Filgueiras Meireles.

## AValiação DA VALIDADE DE CONTEÚDO

A avaliação da validade de conteúdo será composta por três passos, os quais estão descritos a seguir. Ressalto a necessidade de cumprir os passos na ordem que estão apresentados.

### 1º Passo – Avaliação da Representatividade:

Avalie cada item quanto à representatividade (notar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e, se são adequados para atingir os objetivos propostos). Para isso utilize a seguinte legenda:

- 1 = Não, o item não se refere à autoaceitação.
- 0 = Duvidoso, não tenho certeza se o item se refere à autoaceitação.
- 1 = Sim, o item se refere à autoaceitação.

### 2º Passo – Avaliação da Redação:

Avalie cada item quanto à clareza (redação dos itens, se eles foram redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressa adequadamente o que se espera medir). Para isso utilize a seguinte legenda:

- 1 = Inadequado, o item deve ser retirado.
- 0 = Inadequado, o item deve ser reformulado.
- 1 = Adequado, o item deve ser mantido da forma atual.

### 3º Passo – Especificação dos Fatores:

A partir da revisão de literatura e da análise das discussões dos grupos focais, hipotetizamos que a Autoaceitação em Gestantes e Mulheres no Pós-parto pode ser dividida em quatro fatores:

**FATOR A: Aceitação corporal (sentimentos e crenças):** Este fator envolve sentimentos e crenças direcionados à aceitação corporal, englobando amor, felicidade, apreciação, pensamentos e expectativas quanto a diferentes aspectos corporais e com o corpo como um todo.

**FATOR B: Aceitação corporal (comportamentos):** Este fator se refere a comportamentos direcionados à aceitação corporal, como ações que refletem a maneira saudável que a mulher lida com o próprio corpo.

**FATOR C: Aceitação da gravidez ou da maternidade:** Este fator se caracteriza pela maneira que a mulher aceita a gestação ou maternidade, sendo assim a aceitação das suas atuais funções e as atitudes com relação à sua condição atual (gestante ou mãe) fazem parte deste domínio.

**FATOR D: Filtro cognitivo de proteção:** Este fator abrange atitudes de filtragem cognitiva de proteção, pela qual as mulheres mantêm um esquema que as ajuda a aceitar e valorizar informações mais positivas a seu respeito e rejeitar as informações mais negativas advindas de pessoas próximas ou da mídia.

Por favor, julgue os itens da tabela abaixo indicando se os mesmos pertencem ao fator **A**, **B**, **C** ou **D**. Ressalta-se que cada item deverá ser categorizado **EM APENAS UM** fator.

Parte I – Para todas as participantes Item	O item é representativo do conceito explorado?	O item é claro e compreensível?	Qual dos fatores o item pertence?
1. Sinto-me em estado de graça nesse período de minha vida.			
2. Gosto muito da imagem que vejo ao olhar o meu corpo no espelho.			
3. Fico sossegada com a dimensão de meu corpo mesmo quando ouço algum comentário negativo a seu respeito.			
4. Eu me sinto confortável no meu corpo atual.			
5. A todo o momento, tenho pensamentos positivos em relação a minha aparência corporal.			
6. Gosto muito de usar roupas que mostrem minha silhueta atual.			
7. De uma forma geral, estou satisfeita com meu corpo.			
8. Meu corpo é muito lindo, mesmo depois do aumento de suas dimensões por causa da gravidez.			
9. Para me manter saudável, faço exercícios físicos, se indicados pelo meu médico.			
10. Sinto-me muito incomodada pelas limitações de alguns cuidados estéticos comigo mesma durante esse período de minha vida (como pintar ou realizar tratamentos químicos no cabelo, fazer tratamento químico na pele de meu rosto, etc).			
11. Sinto-me muito bem com o corpo que tenho agora.			
12. Eu procuro me manter ativa e disposta para desempenhar minhas atividades.			
13. Sinto vergonha de meu corpo frente ao meu companheiro.			
14. Estou atenta às necessidades atuais de meu corpo.			
15. Constantemente, eu elogio meu corpo atual.			
16. Sinto-me muito incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de minha aparência (como tamanho de minha barriga, nariz, seios, formato de meu rosto, acnes, manchas, etc).			
17. O aspecto do meu rosto, neste momento, me agrada muito.			
18. Neste momento, eu respeito meu corpo como ele é.			
19. As opiniões maldosas das pessoas a respeito de meu corpo me preocupam exageradamente.			
20. Estou com dificuldades para dormir e isso me perturba muito.			
21. Eu me cobro exageradamente.			
22. Minha felicidade neste período de minha vida depende de minha forma e peso corporais.			
23. Evito tirar fotos que enfatizem minha aparência.			

24. Gosto muito do tamanho de meus seios.			
25. Sinto-me muito incomodada pelo fato de minhas roupas não estarem me servindo mais.			
26. Adoto comportamentos equilibrados relacionados ao corpo (como praticar exercícios físicos com moderação, comer de modo saudável, etc).			
27. Eu acho que meu corpo merece ser elogiado.			
28. Sinto-me muito incomodada por ter limitado meu tempo para investir nos meus cuidados estéticos (como pintar as unhas, hidratar o cabelo, etc).			
29. Eu aprecio as características diferentes e únicas de meu corpo atual.			
30. Eu exagero na utilização de cremes e/ou óleos devido ao pavor que tenho do surgimento de estrias.			
31. Para não engordar, sou muito rigorosa em relação a tudo que como.			
32. Eu procuro filtrar totalmente as opiniões das pessoas a respeito de meu corpo.			
33. Eu acho que meu corpo tem boas qualidades.			
34. Apesar de suas imperfeições, aceito meu corpo do jeito que ele é.			
35. Tenho expectativas de que meu corpo retorne rapidamente, após o parto, ao que era antes de ficar grávida.			
36. Fico muito sossegada sobre o que as pessoas pensam e falam a respeito de meu corpo.			
37. Controlo meu peso corporal com muita frequência.			
38. Estou feliz pelas mudanças que percebo em meu corpo (ou nas dimensões de meu corpo).			
39. Eu aprecio a função que meu corpo está desempenhando.			
40. Para manter minha saúde e de meu bebê, sempre como alimentos saudáveis.			
41. Preocupo-me constantemente com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar meu corpo menos atraente.			
42. A minha autoestima depende muito da opinião de meu companheiro a respeito de minha aparência corporal.			
43. Muitas vezes penso tanto na minha aparência que esqueço o que é bom para o bebê.			
44. Evito expor meu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc).			

Parte II – Para as GESTANTES  Item	O item é representativo do conceito explorado?	O item é claro e compreensível?	Qual dos fatores o item pertence?
45. Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando uma gestante muito bonita.			
46. Mesmo grávida, busco constantemente ter um corpo esbelto e perfeito.			
47. Sinto-me confortável com sintomas físicos relacionados à gravidez (como enjoos, inchaço, vontade de urinar, gases, etc).			
48. Saber que estou grávida me deixa muito feliz.			
49. Comparo o tempo todo a dimensão de partes de meu corpo (como quadril, pernas e seios) com de outras gestantes.			
50. Depois do nascimento de meu filho, penso em fazer uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como na mama, no abdome, bumbum, etc).			
51. Gosto muito de tirar fotos que destacam minha barriga.			
52. Eu lido muito bem com a diminuição de minhas capacidades físicas devido à gravidez (flexibilidade, força, capacidade respiratória, etc).			
53. Comparo o tempo todo o tamanho de minha barriga com de outras gestantes.			
54. Eu aceito feliz a minha gravidez.			
55. A - Primeiro Trimestre: Após o parto, espero perder rapidamente o peso que eu estou ganhando ou vou ganhar na gestação. B - Segundo Trimestre: Após o parto, espero perder rapidamente o peso que eu estou ganhando na gestação. C - Terceiro Trimestre: Após o parto, espero perder rapidamente o peso que eu ganhei na gestação.			
56. Minha gravidez me tirou a confiança para realizar algumas tarefas de meu dia a dia (como agachar, levantar, calçar o sapato, arrumar a casa, etc).			
57. Controlo o tamanho de minha barriga para saber se engordei demais.			
58. Pensar no parto me deixa muito feliz.			
59. Enquanto grávida, pretendo conseguir um corpo que eu considero ideal.			
60. Fico incomodada com a necessidade de ir ao banheiro a todo o momento.			
61. Tenho muito medo do momento de meu parto.			
62. Espero feliz pelas mudanças que ainda virão em meu corpo (ou nas dimensões de meu corpo) antes de meu filho nascer.			

63. Fico muito incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades grávidas.			
64. Falo para todos que estou grávida com medo de pensarem que estou gorda.			
65. Aprecio as fotos que destacam meu corpo de grávida.			
66. A - Primeiro Trimestre: Em tão pouco tempo da gestação, sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo está enorme! B - Segundo Trimestre: Sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo está enorme! C - Terceiro Trimestre: Sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo está enorme!			
67. Eu sinto que minhas atividades do dia a dia foram muito limitadas por conta da gestação.			
68. Sinto-me feliz e confortável ao ver minha barriga crescendo durante a gravidez.			
69. Aceito feliz meu ganho de peso.			
70. Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme.			
71. Para manter meu corpo em forma, faço exercícios físicos intensos sem me preocupar com a saúde de meu bebê.			
72. Logo após o parto, pretendo começar uma busca diária por um corpo magro.			
73. Meu corpo é muito atraente, mesmo com o aumento do tamanho de minha barriga.			
74. Fico preocupada porque acho que minha gravidez irá causar danos permanentes em meu corpo.			
75. Preocupo-me exageradamente com doenças que sei que podem afetar a saúde de meu bebê (como Zika Vírus, Toxoplasmose, Rubéola, etc).			
76. A - Primeiro Trimestre: Minhas expectativas são positivas quanto ao tamanho de meu corpo no final da gestação. B - Segundo Trimestre: Minhas expectativas são positivas quanto ao tamanho de meu corpo no final da gestação.			
77. Evito usar roupas que ressaltam minha gravidez.			

Parte III – Para as MULHERES NO PÓS-PARTO  Item	O item é representativo do conceito explorado?	O item é claro e compreensível?	Qual dos fatores o item pertence?
78. Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando uma mãe muito bonita.			
79. Agora que não estou mais grávida, busco constantemente ter um corpo esbelto e perfeito.			
80. Sinto-me confortável com sintomas físicos relacionados ao momento pós-parto (como sono, dor nos seios, etc).			
81. Saber que gerei um filho me deixa muito feliz.			
82. Comparo o tempo todo a dimensão de partes de meu corpo (como quadril, pernas e seios) com de outras mães.			
83. Assim que for possível, penso em fazer uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como na mama, no abdome, bumbum, etc).			
84. Gosto muito de tirar fotos em que apareço de corpo inteiro.			
85. Eu lido muito bem com a diminuição de minhas capacidades físicas devido à maternidade (flexibilidade, força, capacidade respiratória, etc).			
86. Comparo o tempo todo o tamanho de minha barriga com outras mães.			
87. Eu aceito feliz o fato de ser mãe.			
88. Espero perder rapidamente o peso que eu ganhei na gestação.			
89. A maternidade me tirou a confiança para realizar algumas tarefas de meu dia a dia (como cuidar da casa, sair à rua, fazer compras, etc).			
90. Controlo o tamanho de minha barriga para saber se emagreci.			
91. Pensar no futuro me deixa muito feliz.			
92. Enquanto mãe, pretendo conseguir um corpo que eu considero ideal.			
93. Fico muito incomodada com as atribuições da maternidade (por exemplo, noites em claro, cuidados do bebê, rotina modificada, etc).			
94. Tenho muito medo quando penso no futuro.			
95. Estou feliz mesmo após as mudanças que ocorreram em meu corpo.			
96. Fico muito incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades que tiveram filho recentemente.			
97. Falo para todos que estou no pós-parto para não me avaliarem mal.			
98. Aprecio as fotos que destacam minha aparência no papel de mãe.			



99. Mesmo após o parto, sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo está enorme!			
100. Eu sinto que minhas atividades do dia a dia foram muito limitadas por conta da maternidade.			
101. Gasto muito tempo de meu dia pensando em como ter o corpo que eu tinha antes de engravidar.			
102. Aceito feliz meu peso corporal atual.			
103. Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga flácida.			
104. Para voltar com a forma física desejada, faço exercícios físicos intensos mesmo que tenha que ficar muitas horas distante de meu bebê.			
105. Logo após o parto, comecei uma busca diária por um corpo magro.			
106. Fico preocupada porque acho que minha gravidez causou danos permanentes em meu corpo.			
107. Meu corpo é muito atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade.			
108. Evito usar roupas que ressaltam meu corpo atual.			



## ANÁLISE DO INSTRUMENTO

Pedimos que avalie o título, o formato (layout), as instruções e o escore total do instrumento. Caso responda -1 ou 0, solicito sugestões para o aperfeiçoamento do instrumento.

**O novo instrumento encontra-se em anexo.**

**I. TÍTULO:** Avalie o título e a sigla da escala quanto à clareza.

**“Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto (EAGEPP)”**

O título do instrumento é claro e expressa a medida?

<b>-1 = Não claro</b>	
<b>0 = Pouco claro</b>	
<b>1= Muito claro</b>	

Comentários: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**II. FORMATO DO INSTRUMENTO:** Avalie o formato (*layout*) quanto à clareza (verificar se o formato é compreensível) e à adequação.

(Ver o formato no instrumento em anexo)

O formato do instrumento é claro e adequado?

<b>-1 = Não claro</b>	
<b>0 = Pouco claro</b>	
<b>1= Muito claro</b>	

Comentários: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**III. INSTRUÇÕES:** Avalie as instruções quanto à clareza (verificar se a redação está correta e se expressa adequadamente o que se espera medir).

(Ver as instruções no instrumento em anexo)

As instruções do instrumento são claras?

<b>-1 = Não claro</b>	
<b>0 = Pouco claro</b>	
<b>1= Muito claro</b>	

Comentários: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**IV. ESCORE TOTAL:** Avalie o cálculo do escore total quanto à clareza (verificar se é compreensível).

A escala terá opções de resposta em escala *Likert* de 5 pontos, assim especificados: (1) Discordo totalmente, (2) Discordo, (3) Nem Concordo e Nem Discordo, (4) Concordo e (5) Concordo totalmente. A resposta “Concordo totalmente” indica uma forte e positiva indicação de autoaceitação, portanto tem atribuído o maior valor (5 pontos); enquanto “Discordo totalmente” indica uma forte e negativa resposta, tendo atribuído o menor valor (1 ponto). Alguns itens possuem escore reverso<sup>3</sup>. O escore total do instrumento será realizado a partir da soma de todos os itens e quanto maior o somatório dos escores, maior a indicação de autoaceitação.

O cálculo do escore é claro e está compreensível?

<b>-1 = Não claro</b>	
<b>0 = Pouco claro</b>	
<b>1= Muito claro</b>	

Comentários: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Os itens de escore reverso se referem aos números: 10, 13, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 30, 31, 35, 37, 41, 42, 43, 44, 46, 49, 50, 53, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 66, 67, 70, 71, 72, 74, 75, 77, 79, 82, 83, 86, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 96, 97, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 108.

Caso considere necessário, comentários adicionais sobre a escala poderão ser realizados abaixo:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Muito obrigada por sua colaboração. Sua participação foi muito importante!

Com estima,

Juliana F. F. Meireles.









<b>97</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>98</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>99</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>100</b>	0	1	1	1	0	0	1	1	1	6
<b>101</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>102</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>103</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>104</b>	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>105</b>	1	1	1	1	1	1	1	1		8
<b>106</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>107</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>108</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9

---

Legenda: J = Juiz

\* Frequência de julgamentos considerados adequados.

Fonte: A autora (2018).



<b>30</b>	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>31</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>32</b>	0	1	1	1	1	1	1	1	0	7
<b>33</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>34</b>	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8
<b>35</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>36</b>	0	1	1	1	0	1	1	0	1	6
<b>37</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8
<b>38</b>	0	1	0	1	1	1	1	1	0	6
<b>39</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>40</b>	1	1	1	1	1	1	1	1		8
<b>41</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>42</b>	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>43</b>	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>44</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<hr/>										
<b>45</b>	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
<b>46</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>47</b>	0	1	1	1	-1	-1	1	1	0	5
<b>48</b>	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
<b>49</b>	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7
<b>50</b>	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
<b>51</b>	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
<b>52</b>	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
<b>53</b>	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>54</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8
<b>55</b>	1	1	1	1	0	1	1	1		7
<b>56</b>	1	1	1	1	-1	-1	1	1	1	7
<b>57</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>58</b>	0	1	1	1	-1	1	1	0	1	6
<b>59</b>	0	1	1	1	1	1	1	1		7
<b>60</b>	1	1	1	1	-1	-1	1	1	1	7
<b>61</b>	1	1	1	1	-1	1	1		1	7
<b>62</b>	1	1	0	1	1	1	1	1	0	7



<b>96</b>	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>97</b>	0	0	1	1	1	1	1	1	1	7
<b>98</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>99</b>	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8
<b>100</b>	1	1	1	1	0	0	1	1	1	7
<b>101</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>102</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8
<b>103</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>104</b>	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>105</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8
<b>106</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>107</b>	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
<b>108</b>	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8

---

Legenda: J = Juiz

\* Frequência de julgamentos considerados adequados.

Fonte: A autora (2018).

**ANEXO IX**  
**Segunda Versão**  
**Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto (EAGEPP)**

<b><u>PARTE I: TODAS AS PARTICIPANTES</u></b>					
<p>Por favor, leia cada afirmativa cuidadosamente e assinale em cada linha a opção que melhor reflete o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação. Não há resposta certa e nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.</p>	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo/Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Gosto do que vejo ao olhar meu corpo no espelho.	1	2	3	4	5
2. Com frequência, tenho pensamentos positivos em relação a minha aparência corporal.	1	2	3	4	5
3. Uso roupas que realcem minha silhueta atual.	1	2	3	4	5
4. De uma forma geral, estou satisfeita com meu corpo.	1	2	3	4	5
5. Para me manter saudável, faço exercícios físicos, se indicados pelo meu médico.	1	2	3	4	5
6. Sinto-me bem com o corpo que tenho agora.	1	2	3	4	5
7. Eu procuro me manter ativa e disposta para desempenhar minhas atividades.	1	2	3	4	5
8. Sinto vergonha de meu corpo frente ao meu companheiro.	1	2	3	4	5
9. Constantemente, eu elogio meu corpo atual.	1	2	3	4	5
10. Sinto-me incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de minha aparência (como tamanho de minha barriga, nariz, seios, formato de meu rosto, acnes, manchas, etc).	1	2	3	4	5
11. O aspecto do meu rosto, neste momento, me agrada.	1	2	3	4	5
12. Neste momento, eu respeito meu corpo como ele é.	1	2	3	4	5
13. Minha felicidade depende da minha forma e do meu peso corporal neste período de minha vida.	1	2	3	4	5
14. Evito tirar fotos que enfatizem minha aparência.	1	2	3	4	5
15. Gosto do tamanho de meus seios atualmente.	1	2	3	4	5
16. Sinto-me incomodada pelo fato de minhas roupas não estarem me servindo mais.	1	2	3	4	5
17. Adoto comportamentos saudáveis relacionados ao corpo (como praticar exercícios físicos com moderação, comer de modo saudável, etc).	1	2	3	4	5
18. Eu aprecio as características diferentes e únicas de meu corpo atual.	1	2	3	4	5
19. Eu exagero na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tenho do surgimento de estrias.	1	2	3	4	5
20. Para não engordar, sou muito rigorosa em relação a tudo que como.	1	2	3	4	5
21. Eu procuro filtrar as opiniões das pessoas a respeito do meu corpo.	1	2	3	4	5
22. Eu acho que meu corpo tem boas qualidades.	1	2	3	4	5
23. Tenho expectativas de que meu corpo retorne rapidamente, após o parto, ao que era antes de ficar grávida.	1	2	3	4	5
24. Controlo meu peso corporal com muita frequência.	1	2	3	4	5
25. Eu aprecio a função que meu corpo está desempenhando.	1	2	3	4	5
26. Para manter minha saúde e de meu bebê, sempre como alimentos saudáveis.	1	2	3	4	5
27. Preocupo-me constantemente com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar meu corpo menos atraente.	1	2	3	4	5
28. Minha autoestima depende muito da opinião de meu companheiro a respeito de minha aparência corporal.	1	2	3	4	5
29. Muitas vezes penso tanto na minha aparência que esqueço o que é bom para o bebê.	1	2	3	4	5
30. Evito expor meu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc).	1	2	3	4	5

**PARTE II: GESTANTES**

Se você é GESTANTE, continue respondendo as afirmativas abaixo.

Se você é uma MULHER NO PÓS-PARTO, passe para a próxima folha.

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo/Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
31. Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando uma gestante muito bonita.	1	2	3	4	5
32. Mesmo grávida, busco constantemente ter um corpo esbelto e perfeito.	1	2	3	4	5
33. Com frequência, comparo o tamanho de partes de meu corpo (como quadril, pernas e seios) com o de outras gestantes.	1	2	3	4	5
34. Depois do nascimento de meu filho, farei uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, bumbum, etc).	1	2	3	4	5
35. Com frequência, tiro fotos que destacam minha barriga.	1	2	3	4	5
36. Eu lido muito bem com a diminuição de minhas capacidades físicas devido à gravidez (flexibilidade, força, capacidade respiratória, etc).	1	2	3	4	5
37. Com frequência, comparo o tamanho de minha barriga com o de outras gestantes.	1	2	3	4	5
38. Eu aceito feliz a minha gravidez.	1	2	3	4	5
39. Apesar de algumas limitações físicas da gravidez, sinto-me plenamente capaz para realizar diferentes tarefas do dia a dia (como agachar, levantar, calçar o sapato, arrumar a casa, etc).	1	2	3	4	5
40. Como grávida, pretendo conseguir um corpo que considero ideal.	1	2	3	4	5
41. Tenho expectativas positivas em relação às mudanças que ocorrerão em meu corpo até o fim da minha gestação.	1	2	3	4	5
42. Fico incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades grávidas.	1	2	3	4	5
43. Fico incomodada por perceber que algumas pessoas acham que estou gorda, enquanto na realidade estou grávida.	1	2	3	4	5
44. Aprecio as fotos que destacam meu corpo de grávida.	1	2	3	4	5
45. Eu sinto que minhas atividades do dia a dia foram muito limitadas por conta da gestação.	1	2	3	4	5
46. Sinto-me feliz e confortável ao ver minha barriga crescendo durante a gravidez.	1	2	3	4	5
47. Aceito feliz meu ganho de peso.	1	2	3	4	5
48. Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme.	1	2	3	4	5
49. Para manter meu corpo em forma, faço exercícios físicos intensos sem me preocupar com a saúde de meu bebê.	1	2	3	4	5
50. Logo após o parto, pretendo começar uma busca diária por um corpo magro.	1	2	3	4	5
51. Meu corpo é atraente, mesmo com o aumento do tamanho de minha barriga.	1	2	3	4	5
52. Fico preocupada porque acho que minha gravidez irá causar danos permanentes em meu corpo.	1	2	3	4	5
53. Evito usar roupas que ressaltam minha gravidez.	1	2	3	4	5

<b><u>PARTE III: MULHERES NO PÓS-PARTO</u></b>  Se você é GESTANTE, NÃO responda essa parte. Se você é uma MULHER NO PÓS-PARTO, continue respondendo as afirmativas abaixo.	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo/Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
54. Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando uma mãe linda.	1	2	3	4	5
55. Logo após o parto, comecei uma busca diária por um corpo magro e perfeito.	1	2	3	4	5
56. Assim que for possível, farei uma cirurgia plástica em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, bumbum, etc).	1	2	3	4	5
57. Com frequência, tiro fotos em que apareço de corpo inteiro.	1	2	3	4	5
58. Eu lido muito bem com a diminuição de minhas capacidades físicas devido à maternidade (flexibilidade, força, capacidade respiratória, etc).	1	2	3	4	5
59. Com frequência, comparo o tamanho de minha barriga com o de outras mulheres que tiveram filhos recentemente.	1	2	3	4	5
60. Eu aceito feliz o fato de ser mãe.	1	2	3	4	5
61. Controlo o tamanho de minha barriga para saber se emagreci.	1	2	3	4	5
62. Pretendo conseguir um corpo que considero ideal para uma pessoa que já teve filhos.	1	2	3	4	5
63. Fico incomodada com as atribuições da maternidade (por exemplo, noites em claro, cuidados do bebê, rotina modificada, etc).	1	2	3	4	5
64. Estou feliz mesmo após as mudanças que ocorreram em meu corpo.	1	2	3	4	5
65. Fico incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades que tiveram filho recentemente.	1	2	3	4	5
66. Falo para todos que estou no pós-parto para não pensarem ou falarem mal de mim.	1	2	3	4	5
67. Aprecio as fotos que destacam minha aparência no papel de mãe.	1	2	3	4	5
68. Sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo mudou.	1	2	3	4	5
69. Com frequência, penso em como voltar ao corpo que eu tinha antes de engravidar.	1	2	3	4	5
70. Aceito meu peso corporal atual.	1	2	3	4	5
71. Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga flácida.	1	2	3	4	5
72. Para voltar à forma física desejada, faço exercícios físicos intensos mesmo que tenha que ficar muitas horas distante de meu bebê.	1	2	3	4	5
73. Fico preocupada porque acho que minha gravidez causou danos permanentes em meu corpo.	1	2	3	4	5
74. Meu corpo é atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade.	1	2	3	4	5
75. Evito usar roupas que ressaltam meu corpo atual.	1	2	3	4	5





## ANEXO X

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

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Pré-teste**

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo do Componente Atitudinal da Imagem Corporal para Gestantes”. Nesta pesquisa pretendemos desenvolver e avaliar as qualidades psicométricas de um instrumento avaliativo do componente atitudinal da imagem corporal em gestantes. O motivo que nos leva a estudar surge da escassez de medidas específicas para a avaliação da imagem corporal de mulheres grávidas.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **caso aceite o nosso convite, irá responder às perguntas de um questionário e será solicitada a dar sua opinião sobre elas.** Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em **riscos mínimos, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc.** A pesquisa contribuirá para: **um avanço nas pesquisas de imagem corporal em gestantes, pois os pesquisadores poderão contar com uma medida válida e precisa para diagnosticar alterações nesta imagem.**

Para participar deste estudo, a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sra. tem assegurado o direito a indenização. A Sra. 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 a Sra. 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. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informada dos objetivos da pesquisa “Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo do Componente Atitudinal da Imagem Corporal para Gestantes” 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 este 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 XI

**Novo Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2015)**

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Posse de itens	Quantidade de itens				
	Não possui	1	2	3	4 ou +
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

**Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.**

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental 1 Incompleto	Analfabeto / Primário Incompleto
Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	Primário Completo / Ginásio incompleto
Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto	Ginásio Completo / Colegial Incompleto
Médio Completo / Superior Incompleto	Colegial Completo / Superior Incompleto
Superior Completo	Superior Completo

**ANEXO XII****Formulário Primeiro Pré-teste****Questionário sociodemográfico**

Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Se você é gestante: Idade gestacional (em semanas): \_\_\_\_\_Se você é Mulher no Pós-Parto: Data de nascimento de bebê: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Número de filhos nascidos: \_\_\_\_\_

**Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto (EAGEPP)**

<b><u>PARTE I: TODAS AS PARTICIPANTES</u></b>						
						Discordo Totalmente
	Por favor, leia cada afirmativa cuidadosamente e assinale em cada linha a opção que melhor reflete o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação. Não há resposta certa e nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.					
1.	Gosto do que vejo ao olhar meu corpo no espelho.	1	2	3	4	5
2.	Com frequência, tenho pensamentos positivos em relação a minha aparência corporal.	1	2	3	4	5
3.	Uso roupas que realcem minha silhueta atual.	1	2	3	4	5
4.	De uma forma geral, estou satisfeita com meu corpo.	1	2	3	4	5
5.	Para me manter saudável, faço exercícios físicos, se indicados pelo meu médico.	1	2	3	4	5
6.	Sinto-me bem com o corpo que tenho agora.	1	2	3	4	5
7.	Eu procuro me manter ativa e disposta para desempenhar minhas atividades.	1	2	3	4	5
8.	Sinto vergonha de meu corpo frente ao meu companheiro.	1	2	3	4	5
9.	Constantemente, eu elogio meu corpo atual.	1	2	3	4	5
10.	Sinto-me incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de minha aparência (como tamanho de minha barriga, nariz, seios, formato de meu rosto, acne, manchas, etc).	1	2	3	4	5
11.	O aspecto do meu rosto, neste momento, me agrada.	1	2	3	4	5
12.	Neste momento, eu respeito meu corpo como ele é.	1	2	3	4	5
13.	Minha felicidade depende da minha forma e do meu peso corporal neste período de minha vida.	1	2	3	4	5
14.	Evito tirar fotos que enfatizem minha aparência.	1	2	3	4	5
15.	Gosto do tamanho de meus seios atualmente.	1	2	3	4	5
16.	Sinto-me incomodada pelo fato de minhas roupas não estarem me servindo mais.	1	2	3	4	5
17.	Adoto comportamentos saudáveis relacionados ao corpo (como praticar exercícios físicos com moderação, comer de modo saudável, etc).	1	2	3	4	5
18.	Eu aprecio as características diferentes e únicas de meu corpo atual.	1	2	3	4	5
19.	Eu exagero na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tenho do surgimento de estrias.	1	2	3	4	5
20.	Para não engordar, sou muito rigorosa em relação a tudo que como.	1	2	3	4	5
21.	Eu procuro filtrar as opiniões das pessoas a respeito do meu corpo.	1	2	3	4	5
22.	Eu acho que meu corpo tem boas qualidades.	1	2	3	4	5
23.	Tenho expectativas de que meu corpo retorne rapidamente, após o parto, ao que era antes de ficar grávida.	1	2	3	4	5
24.	Controlo meu peso corporal com muita frequência.	1	2	3	4	5
25.	Eu aprecio a função que meu corpo está desempenhando.	1	2	3	4	5
26.	Para manter minha saúde e de meu bebê, sempre como alimentos saudáveis.	1	2	3	4	5
27.	Preocupo-me constantemente com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar meu corpo menos atraente.	1	2	3	4	5
28.	Minha autoestima depende muito da opinião de meu companheiro a respeito de minha aparência corporal.	1	2	3	4	5
29.	Muitas vezes penso tanto na minha aparência que esqueço o que é bom para o bebê.	1	2	3	4	5
30.	Evito expor meu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc).	1	2	3	4	5

<b><u>PARTE II: GESTANTES</u></b>						
						Discordo Totalmente
	Se você é GESTANTE, continue respondendo as afirmativas abaixo.					
	Se você é uma MULHER NO PÓS-PARTO, passe para a próxima folha.					
31.	Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando uma gestante muito bonita.	1	2	3	4	5
32.	Mesmo grávida, busco constantemente ter um corpo esbelto e perfeito.	1	2	3	4	5
33.	Com frequência, comparo o tamanho de partes de meu corpo (como quadril, pernas e seios) com o de outras gestantes.	1	2	3	4	5
34.	Depois do nascimento de meu filho, farei uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, bumbum, etc).	1	2	3	4	5
35.	Com frequência, tiro fotos que destacam minha barriga.	1	2	3	4	5
36.	Eu lido muito bem com a diminuição de minhas capacidades físicas devido à gravidez (flexibilidade, força, capacidade respiratória, etc).	1	2	3	4	5
37.	Com frequência, comparo o tamanho de minha barriga com o de outras gestantes.	1	2	3	4	5
38.	Eu aceito feliz a minha gravidez.	1	2	3	4	5
39.	Apesar de algumas limitações físicas da gravidez, sinto-me plenamente capaz para realizar diferentes tarefas do dia a dia (como agachar, levantar, calçar o sapato, arrumar a casa, etc).	1	2	3	4	5
40.	Como grávida, pretendo conseguir um corpo que considero ideal.	1	2	3	4	5
41.	Tenho expectativas positivas em relação às mudanças que ocorrerão em meu corpo até o fim da minha gestação.	1	2	3	4	5
42.	Fico incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades grávidas.	1	2	3	4	5
43.	Fico incomodada por perceber que algumas pessoas acham que estou gorda, enquanto na realidade estou grávida.	1	2	3	4	5
44.	Aprecio as fotos que destacam meu corpo de grávida.	1	2	3	4	5
45.	Eu sinto que minhas atividades do dia a dia foram muito limitadas por conta da gestação.	1	2	3	4	5
46.	Sinto-me feliz e confortável ao ver minha barriga crescendo durante a gravidez.	1	2	3	4	5
47.	Aceito feliz meu ganho de peso.	1	2	3	4	5
48.	Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme.	1	2	3	4	5
49.	Para manter meu corpo em forma, faço exercícios físicos intensos sem me preocupar com a saúde de meu bebê.	1	2	3	4	5
50.	Logo após o parto, pretendo começar uma busca diária por um corpo magro.	1	2	3	4	5
51.	Meu corpo é atraente, mesmo com o aumento do tamanho de minha barriga.	1	2	3	4	5
52.	Fico preocupada porque acho que minha gravidez irá causar danos permanentes em meu corpo.	1	2	3	4	5
53.	Evito usar roupas que ressaltam minha gravidez.	1	2	3	4	5

<p><b><u>PARTE III: MULHERES NO PÓS-PARTO</u></b></p> <p>Se você é GESTANTE, NÃO responda essa parte.</p> <p>Se você é uma MULHER NO PÓS-PARTO, continue respondendo as afirmativas abaixo.</p>	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo/Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
	54. Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando uma mãe linda.	1	2	3	4
55. Logo após o parto, comecei uma busca diária por um corpo magro e perfeito.	1	2	3	4	5
56. Assim que for possível, farei uma cirurgia plástica em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, bumbum, etc).	1	2	3	4	5
57. Com frequência, tiro fotos em que apareço de corpo inteiro.	1	2	3	4	5
58. Eu lido muito bem com a diminuição de minhas capacidades físicas devido à maternidade (flexibilidade, força, capacidade respiratória, etc).	1	2	3	4	5
59. Com frequência, comparo o tamanho de minha barriga com o de outras mulheres que tiveram filhos recentemente.	1	2	3	4	5
60. Eu aceito feliz o fato de ser mãe.	1	2	3	4	5
61. Controlo o tamanho de minha barriga para saber se emagreci.	1	2	3	4	5
62. Pretendo conseguir um corpo que considero ideal para uma pessoa que já teve filhos.	1	2	3	4	5
63. Fico incomodada com as atribuições da maternidade (por exemplo, noites em claro, cuidados do bebê, rotina modificada, etc).	1	2	3	4	5
64. Estou feliz mesmo após as mudanças que ocorreram em meu corpo.	1	2	3	4	5
65. Fico incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades que tiveram filho recentemente.	1	2	3	4	5
66. Falo para todos que estou no pós-parto para não pensarem ou falarem mal de mim.	1	2	3	4	5
67. Aprecio as fotos que destacam minha aparência no papel de mãe.	1	2	3	4	5
68. Sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo mudou.	1	2	3	4	5
69. Com frequência, penso em como voltar ao corpo que eu tinha antes de engravidar.	1	2	3	4	5
70. Aceito meu peso corporal atual.	1	2	3	4	5
71. Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga flácida.	1	2	3	4	5
72. Para voltar à forma física desejada, faço exercícios físicos intensos mesmo que tenha que ficar muitas horas distante de meu bebê.	1	2	3	4	5
73. Fico preocupada porque acho que minha gravidez causou danos permanentes em meu corpo.	1	2	3	4	5
74. Meu corpo é atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade.	1	2	3	4	5
75. Evito usar roupas que ressaltam meu corpo atual.	1	2	3	4	5

Por favor, responda às seguintes questões:

1) Em uma escala de 0 a 2, qual foi o seu nível de dificuldade para responder às perguntas desta escala?

(0)	(1)	(2)
Nenhuma	Um pouco	Muita

2) Em uma escala de 0 a 2, quão cansativo foi preencher este questionário.

(0)	(1)	(2)
Nada cansativo	Um pouco cansativo	Muito cansativo

Agora fale com as suas próprias palavras o significado das afirmativas, repita do seu jeito as perguntas. Pode pedir para repetir tantas vezes como for necessário.

### PARTE I: TODAS AS PARTICIPANTES

1. Gosto do que vejo ao olhar meu corpo no espelho.
2. Com frequência, tenho pensamentos positivos em relação a minha aparência corporal.
3. Uso roupas que realcem minha silhueta atual.
4. De uma forma geral, estou satisfeita com meu corpo.
5. Para me manter saudável, faço exercícios físicos, se indicados pelo meu médico.
6. Sinto-me bem com o corpo que tenho agora.
7. Eu procuro me manter ativa e disposta para desempenhar minhas atividades.
8. Sinto vergonha de meu corpo frente ao meu companheiro.
9. Constantemente, eu elogio meu corpo atual.
10. Sinto-me incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de minha aparência (como tamanho de minha barriga, nariz, seios, formato de meu rosto, acnes, manchas, etc).
11. O aspecto do meu rosto, neste momento, me agrada.
12. Neste momento, eu respeito meu corpo como ele é.
13. Minha felicidade depende da minha forma e do meu peso corporal neste período de minha vida.
14. Evito tirar fotos que enfatizem minha aparência.
15. Gosto do tamanho de meus seios atualmente.
16. Sinto-me incomodada pelo fato de minhas roupas não estarem me servindo mais.
17. Adoto comportamentos saudáveis relacionados ao corpo (como praticar exercícios físicos com moderação, comer de modo saudável, etc).
18. Eu aprecio as características diferentes e únicas de meu corpo atual.
19. Eu exagero na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tenho do surgimento de estrias.
20. Para não engordar, sou muito rigorosa em relação a tudo que como.
21. Eu procuro filtrar as opiniões das pessoas a respeito do meu corpo.
22. Eu acho que meu corpo tem boas qualidades.
23. Tenho expectativas de que meu corpo retorne rapidamente, após o parto, ao que era antes de ficar grávida.
24. Controlo meu peso corporal com muita frequência.
25. Eu aprecio a função que meu corpo está desempenhando.
26. Para manter minha saúde e de meu bebê, sempre como alimentos saudáveis.
27. Preocupo-me constantemente com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar meu corpo menos atraente.
28. Minha autoestima depende muito da opinião de meu companheiro a respeito de minha aparência corporal.
29. Muitas vezes penso tanto na minha aparência que esqueço o que é bom para o bebê.
30. Evito expor meu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc).



**PARTE II: GESTANTES**

31. Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando uma gestante muito bonita.
32. Mesmo grávida, busco constantemente ter um corpo esbelto e perfeito.
33. Com frequência, comparo o tamanho de partes de meu corpo (como quadril, pernas e seios) com o de outras gestantes.
34. Depois do nascimento de meu filho, farei uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, bumbum, etc).
35. Com frequência, tiro fotos que destacam minha barriga.
36. Eu lido muito bem com a diminuição de minhas capacidades físicas devido à gravidez (flexibilidade, força, capacidade respiratória, etc).
37. Com frequência, comparo o tamanho de minha barriga com o de outras gestantes.
38. Eu aceito feliz a minha gravidez.
39. Apesar de algumas limitações físicas da gravidez, sinto-me plenamente capaz para realizar diferentes tarefas do dia a dia (como agachar, levantar, calçar o sapato, arrumar a casa, etc).
40. Como grávida, pretendo conseguir um corpo que considero ideal.
41. Tenho expectativas positivas em relação às mudanças que ocorrerão em meu corpo até o fim da minha gestação.
42. Fico incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades grávidas.
43. Fico incomodada por perceber que algumas pessoas acham que estou gorda, enquanto na realidade estou grávida.
44. Aprecio as fotos que destacam meu corpo de grávida.
45. Eu sinto que minhas atividades do dia a dia foram muito limitadas por conta da gestação.
46. Sinto-me feliz e confortável ao ver minha barriga crescendo durante a gravidez.
47. Aceito feliz meu ganho de peso.
48. Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme.
49. Para manter meu corpo em forma, faço exercícios físicos intensos sem me preocupar com a saúde de meu bebê.
50. Logo após o parto, pretendo começar uma busca diária por um corpo magro.
51. Meu corpo é atraente, mesmo com o aumento do tamanho de minha barriga.
52. Fico preocupada porque acho que minha gravidez irá causar danos permanentes em meu corpo.
53. Evito usar roupas que ressaltam minha gravidez.

### **PARTE III: MULHERES NO PÓS-PARTO**

54. Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando uma mãe linda.
55. Logo após o parto, comecei uma busca diária por um corpo magro e perfeito.
56. Assim que for possível, farei uma cirurgia plástica em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, bumbum, etc).
57. Com frequência, tiro fotos em que apareço de corpo inteiro.
58. Eu lido muito bem com a diminuição de minhas capacidades físicas devido à maternidade (flexibilidade, força, capacidade respiratória, etc).
59. Com frequência, comparo o tamanho de minha barriga com o de outras mulheres que tiveram filhos recentemente.
60. Eu aceito feliz o fato de ser mãe.
61. Controlo o tamanho de minha barriga para saber se emagreci.
62. Pretendo conseguir um corpo que considero ideal para uma pessoa que já teve filhos.
63. Fico incomodada com as atribuições da maternidade (por exemplo, noites em claro, cuidados do bebê, rotina modificada, etc).
64. Estou feliz mesmo após as mudanças que ocorreram em meu corpo.
65. Fico incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades que tiveram filho recentemente.
66. Falo para todos que estou no pós-parto para não pensarem ou falarem mal de mim.
67. Aprecio as fotos que destacam minha aparência no papel de mãe.
68. Sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo mudou.
69. Com frequência, penso em como voltar ao corpo que eu tinha antes de engravidar.
70. Aceito meu peso corporal atual.
71. Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga flácida.
72. Para voltar à forma física desejada, faço exercícios físicos intensos mesmo que tenha que ficar muitas horas distante de meu bebê.
73. Fico preocupada porque acho que minha gravidez causou danos permanentes em meu corpo.
74. Meu corpo é atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade.
75. Evito usar roupas que ressaltam meu corpo atual.

**ANEXO XIII**  
**Terceira Versão**  
**Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto (EAGEPP)**

<b><u>VERSÃO GESTANTES</u></b>					
<p>Por favor, leia cada afirmativa cuidadosamente e assinale em cada linha a opção que melhor reflete o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação. Não há resposta certa e nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.</p>	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo/Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Atualmente, gosto do que vejo ao olhar meu corpo no espelho.	1	2	3	4	5
2. Com frequência, tenho pensamentos positivos em relação a minha aparência corporal.	1	2	3	4	5
3. Uso roupas que destacam meu corpo atual.	1	2	3	4	5
4. De uma forma geral, estou satisfeita com meu corpo.	1	2	3	4	5
5. Para me manter saudável, faço exercícios físicos, se indicados pelo meu médico.	1	2	3	4	5
6. Sinto-me bem com o corpo que tenho agora.	1	2	3	4	5
7. Procuro me manter ativa e disposta para desempenhar minhas atividades.	1	2	3	4	5
8. Sinto vergonha de meu corpo frente ao(à) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5
9. Constantemente, eu elogio meu corpo atual.	1	2	3	4	5
10. Sinto-me incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de minha aparência (como tamanho de minha barriga, nariz, seios, formato de meu rosto, acnes, manchas, etc).	1	2	3	4	5
11. O aspecto de meu rosto, neste momento, me agrada.	1	2	3	4	5
12. Neste momento, eu respeito meu corpo como ele é.	1	2	3	4	5
13. Minha felicidade depende de minha forma e de meu peso corporal neste período de minha vida.	1	2	3	4	5
14. Evito tirar fotos que destacam minha aparência.	1	2	3	4	5
15. Gosto do tamanho de meus seios atualmente.	1	2	3	4	5
16. Sinto-me incomodada pelo fato de minhas roupas não estarem me servindo mais.	1	2	3	4	5
17. Aprecio os aspectos diferentes e únicos de meu corpo atual.	1	2	3	4	5
18. Exagero na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tenho do surgimento de estrias.	1	2	3	4	5
19. Para não engordar, sou muito rigorosa em relação a tudo que como.	1	2	3	4	5
20. Procuro selecionar as opiniões das pessoas a respeito de meu corpo, valorizando apenas as positivas.	1	2	3	4	5
21. Acho que meu corpo tem boas qualidades.	1	2	3	4	5
22. Procuro me pesar com muita frequência.	1	2	3	4	5
23. Aprecio tudo o que meu corpo é capaz de desempenhar.	1	2	3	4	5
24. Para manter minha saúde e de meu(s) bebê(s), sempre como alimentos saudáveis.	1	2	3	4	5
25. Preocupo-me constantemente com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar meu corpo menos atraente.	1	2	3	4	5
26. Minha autoestima depende muito da opinião de meu(minha) companheiro(a) a respeito de minha aparência corporal.	1	2	3	4	5
27. Muitas vezes penso tanto na minha aparência que esqueço o que é bom para o(s) bebê(s).	1	2	3	4	5

28. Evito expor meu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc).	1	2	3	4	5
29. Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando linda.	1	2	3	4	5
30. Mesmo grávida, busco constantemente ter um corpo perfeito.	1	2	3	4	5
31. Com frequência, comparo meu corpo (como barriga, quadril, e seios) com o de outras gestantes.	1	2	3	4	5
32. Depois do nascimento de meu(s) filho(s), se eu tiver dinheiro, farei uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc).	1	2	3	4	5
33. Com frequência, tiro fotos que destacam meu corpo de grávida.	1	2	3	4	5
34. Eu aceito feliz a minha gravidez.	1	2	3	4	5
35. Durante a gravidez, desejo ter um corpo que considero ideal.	1	2	3	4	5
36. Espero feliz pelas mudanças que ocorrerão em meu corpo até o fim da minha gestação.	1	2	3	4	5
37. Fico incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades grávidas.	1	2	3	4	5
38. Fico incomodada por perceber que algumas pessoas acham que estou gorda, enquanto na realidade estou grávida.	1	2	3	4	5
39. Sinto-me feliz ao ver minha barriga crescendo durante a gravidez.	1	2	3	4	5
40. Aceito feliz meu ganho de peso.	1	2	3	4	5
41. Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme.	1	2	3	4	5
42. Para manter meu corpo em forma, faço exercícios físicos intensos sem me preocupar com a saúde de meu(s) bebê(s).	1	2	3	4	5
43. Logo após o parto, pretendo começar uma busca diária por um corpo magro.	1	2	3	4	5
44. Meu corpo é atraente, mesmo com o aumento do tamanho de minha barriga.	1	2	3	4	5
45. Fico preocupada porque acho que minha gravidez irá causar danos permanentes em meu corpo.	1	2	3	4	5
46. Evito usar roupas que destacam minha gravidez.	1	2	3	4	5
47. Tenho expectativas de que meu corpo retorne rapidamente, após o parto, ao que era antes de ficar grávida.	1	2	3	4	5

### Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto (EAGEPP)

<b><u>VERSÃO MULHERES NO PÓS-PARTO</u></b>					
<p>Por favor, leia cada afirmativa cuidadosamente e assinale em cada linha a opção que melhor reflete o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação. Não há resposta certa e nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.</p>	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo/Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Atualmente, gosto do que vejo ao olhar meu corpo no espelho.	1	2	3	4	5
2. Com frequência, tenho pensamentos positivos em relação a minha aparência corporal.	1	2	3	4	5
3. Uso roupas que destacam meu corpo atual.	1	2	3	4	5
4. De uma forma geral, estou satisfeita com meu corpo.	1	2	3	4	5
5. Para me manter saudável, faço exercícios físicos, se indicados pelo meu médico.	1	2	3	4	5
6. Sinto-me bem com o corpo que tenho agora.	1	2	3	4	5
7. Procuo me manter ativa e disposta para desempenhar minhas atividades.	1	2	3	4	5
8. Sinto vergonha de meu corpo frente ao(à) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5
9. Constantemente, eu elogio meu corpo atual.	1	2	3	4	5
10. Sinto-me incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de minha aparência (como tamanho de minha barriga, nariz, seios, formato de meu rosto, acnes, manchas, etc).	1	2	3	4	5
11. O aspecto de meu rosto, neste momento, me agrada.	1	2	3	4	5
12. Neste momento, eu respeito meu corpo como ele é.	1	2	3	4	5
13. Minha felicidade depende de minha forma e de meu peso corporal neste período de minha vida.	1	2	3	4	5
14. Evito tirar fotos que destacam minha aparência.	1	2	3	4	5
15. Gosto do tamanho de meus seios atualmente.	1	2	3	4	5
16. Sinto-me incomodada pelo fato de minhas roupas não estarem me servindo mais.	1	2	3	4	5
17. Aprecio os aspectos diferentes e únicos de meu corpo atual.	1	2	3	4	5
18. Exagero na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tenho do surgimento de estrias.	1	2	3	4	5
19. Para não engordar, sou muito rigorosa em relação a tudo que como.	1	2	3	4	5
20. Procuo selecionar as opiniões das pessoas a respeito de meu corpo, valorizando apenas as positivas.	1	2	3	4	5
21. Acho que meu corpo tem boas qualidades.	1	2	3	4	5
22. Procuo me pesar com muita frequência.	1	2	3	4	5
23. Aprecio tudo o que meu corpo é capaz de desempenhar.	1	2	3	4	5
24. Para manter minha saúde e de meu(s) bebê(s), sempre como alimentos saudáveis.	1	2	3	4	5
25. Preocupo-me constantemente com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar meu corpo menos atraente.	1	2	3	4	5
26. Minha autoestima depende muito da opinião de meu(minha) companheiro(a) a respeito de minha aparência corporal.	1	2	3	4	5
27. Muitas vezes penso tanto na minha aparência que esqueço o que é bom para o(s) bebê(s).	1	2	3	4	5
28. Evito expor meu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc).	1	2	3	4	5
29. Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando linda.	1	2	3	4	5

48. Logo após o parto, comecei uma busca diária por um corpo magro e perfeito.	1	2	3	4	5
49. Assim que for possível, se eu tiver dinheiro, farei uma cirurgia plástica em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc).	1	2	3	4	5
50. Com frequência, tiro fotos em que apareço de corpo inteiro.	1	2	3	4	5
51. Com frequência, comparo o tamanho de minha barriga com o de outras mulheres que tiveram filho recentemente.	1	2	3	4	5
52. Aceito feliz o fato de ser mãe.	1	2	3	4	5
53. Controlo o tamanho de minha barriga para saber se emagreci.	1	2	3	4	5
54. Durante o pós-parto, desejo ter um corpo que considero ideal.	1	2	3	4	5
55. Fico incomodada com as atribuições da maternidade (como, noites em claro, cuidados do(s) bebê(s), rotina modificada, etc).	1	2	3	4	5
56. Estou feliz mesmo após as mudanças que ocorreram em meu corpo.	1	2	3	4	5
57. Fico incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades que tiveram filho recentemente.	1	2	3	4	5
58. Falo para todos que estou no pós-parto para não pensarem ou falarem mal sobre o meu corpo.	1	2	3	4	5
59. Sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo mudou.	1	2	3	4	5
60. Com frequência, penso em como voltar ao corpo que eu tinha antes de engravidar.	1	2	3	4	5
61. Aceito meu peso corporal atual.	1	2	3	4	5
62. Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga flácida.	1	2	3	4	5
63. Para voltar à forma física desejada, faço exercícios físicos intensos mesmo que tenha que ficar muitas horas distante de meu(s) bebê(s).	1	2	3	4	5
64. Fico preocupada porque acho que minha gravidez causou danos permanentes em meu corpo.	1	2	3	4	5
65. Considero meu corpo atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade.	1	2	3	4	5
66. Evito usar roupas que destacam meu corpo atual.	1	2	3	4	5

**ANEXO XIV**  
**Formulário Segundo Pré-teste**

**Questionário sociodemográfico**

Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Se você é gestante: Idade gestacional (em semanas): \_\_\_\_\_

Se você é Mulher no Pós-Parto: Data de nascimento de bebê: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Número de filhos nascidos: \_\_\_\_\_

### Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto (EAGEPP)

<b><u>VERSÃO GESTANTES</u></b>					
<p>Por favor, leia cada afirmativa cuidadosamente e assinale em cada linha a opção que melhor reflete o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação. Não há resposta certa e nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.</p>	Discordo Totalmente				
	Discordo	Nem concordo/Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	
1. Atualmente, gosto do que vejo ao olhar meu corpo no espelho.	1	2	3	4	5
2. Com frequência, tenho pensamentos positivos em relação a minha aparência corporal.	1	2	3	4	5
3. Uso roupas que destacam meu corpo atual.	1	2	3	4	5
4. De uma forma geral, estou satisfeita com meu corpo.	1	2	3	4	5
5. Para me manter saudável, faço exercícios físicos, se indicados pelo meu médico.	1	2	3	4	5
6. Sinto-me bem com o corpo que tenho agora.	1	2	3	4	5
7. Procuo me manter ativa e disposta para desempenhar minhas atividades.	1	2	3	4	5
8. Sinto vergonha de meu corpo frente ao(à) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5
9. Constantemente, eu elogio meu corpo atual.	1	2	3	4	5
10. Sinto-me incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de minha aparência (como tamanho de minha barriga, nariz, seios, formato de meu rosto, acnes, manchas, etc).	1	2	3	4	5
11. O aspecto de meu rosto, neste momento, me agrada.	1	2	3	4	5
12. Neste momento, eu respeito meu corpo como ele é.	1	2	3	4	5
13. Minha felicidade depende de minha forma e de meu peso corporal neste período de minha vida.	1	2	3	4	5
14. Evito tirar fotos que destacam minha aparência.	1	2	3	4	5
15. Gosto do tamanho de meus seios atualmente.	1	2	3	4	5
16. Sinto-me incomodada pelo fato de minhas roupas não estarem me servindo mais.	1	2	3	4	5
17. Aprecio os aspectos diferentes e únicos de meu corpo atual.	1	2	3	4	5
18. Exagero na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tenho do surgimento de estrias.	1	2	3	4	5
19. Para não engordar, sou muito rigorosa em relação a tudo que como.	1	2	3	4	5
20. Procuo selecionar as opiniões das pessoas a respeito de meu corpo, valorizando apenas as positivas.	1	2	3	4	5
21. Acho que meu corpo tem boas qualidades.	1	2	3	4	5
22. Procuo me pesar com muita frequência.	1	2	3	4	5
23. Aprecio tudo o que meu corpo é capaz de desempenhar.	1	2	3	4	5
24. Para manter minha saúde e de meu(s) bebê(s), sempre como alimentos saudáveis.	1	2	3	4	5
25. Preocupo-me constantemente com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar meu corpo menos atraente.	1	2	3	4	5
26. Minha autoestima depende muito da opinião de meu(minha) companheiro(a) a respeito de minha aparência corporal.	1	2	3	4	5
27. Muitas vezes penso tanto na minha aparência que esqueço o que é bom para o(s) bebê(s).	1	2	3	4	5
28. Evito expor meu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc).	1	2	3	4	5
29. Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando linda.	1	2	3	4	5



30. Mesmo grávida, busco constantemente ter um corpo perfeito.	1	2	3	4	5
31. Com frequência, comparo meu corpo (como barriga, quadril, e seios) com o de outras gestantes.	1	2	3	4	5
32. Depois do nascimento de meu(s) filho(s), se eu tiver dinheiro, farei uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc).	1	2	3	4	5
33. Com frequência, tiro fotos que destacam meu corpo de grávida.	1	2	3	4	5
34. Eu aceito feliz a minha gravidez.	1	2	3	4	5
35. Durante a gravidez, desejo ter um corpo que considero ideal.	1	2	3	4	5
36. Espero feliz pelas mudanças que ocorrerão em meu corpo até o fim da minha gestação.	1	2	3	4	5
37. Fico incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades grávidas.	1	2	3	4	5
38. Fico incomodada por perceber que algumas pessoas acham que estou gorda, enquanto na realidade estou grávida.	1	2	3	4	5
39. Sinto-me feliz ao ver minha barriga crescendo durante a gravidez.	1	2	3	4	5
40. Aceito feliz meu ganho de peso.	1	2	3	4	5
41. Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme.	1	2	3	4	5
42. Para manter meu corpo em forma, faço exercícios físicos intensos sem me preocupar com a saúde de meu(s) bebê(s).	1	2	3	4	5
43. Logo após o parto, pretendo começar uma busca diária por um corpo magro.	1	2	3	4	5
44. Meu corpo é atraente, mesmo com o aumento do tamanho de minha barriga.	1	2	3	4	5
45. Fico preocupada porque acho que minha gravidez irá causar danos permanentes em meu corpo.	1	2	3	4	5
46. Evito usar roupas que destacam minha gravidez.	1	2	3	4	5
47. Tenho expectativas de que meu corpo retorne rapidamente, após o parto, ao que era antes de ficar grávida.	1	2	3	4	5

Por favor, responda às seguintes questões:

1) Em uma escala de 0 a 2, qual foi o seu nível de dificuldade para responder às perguntas desta escala?

(0)	(1)	(2)
Nenhuma	Um pouco	Muita

2) Em uma escala de 0 a 2, quão cansativo foi preencher este questionário.

(0)	(1)	(2)
Nada cansativo	Um pouco cansativo	Muito cansativo

### Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto (EAGEPP)

<b><u>VERSÃO MULHERES NO PÓS-PARTO</u></b>					
<p>Por favor, leia cada afirmativa cuidadosamente e assinale em cada linha a opção que melhor reflete o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação. Não há resposta certa e nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.</p>	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo/Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Atualmente, gosto do que vejo ao olhar meu corpo no espelho.	1	2	3	4	5
2. Com frequência, tenho pensamentos positivos em relação a minha aparência corporal.	1	2	3	4	5
3. Uso roupas que destacam meu corpo atual.	1	2	3	4	5
4. De uma forma geral, estou satisfeita com meu corpo.	1	2	3	4	5
5. Para me manter saudável, faço exercícios físicos, se indicados pelo meu médico.	1	2	3	4	5
6. Sinto-me bem com o corpo que tenho agora.	1	2	3	4	5
7. Procuo me manter ativa e disposta para desempenhar minhas atividades.	1	2	3	4	5
8. Sinto vergonha de meu corpo frente ao(à) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5
9. Constantemente, eu elogio meu corpo atual.	1	2	3	4	5
10. Sinto-me incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de minha aparência (como tamanho de minha barriga, nariz, seios, formato de meu rosto, acnes, manchas, etc).	1	2	3	4	5
11. O aspecto de meu rosto, neste momento, me agrada.	1	2	3	4	5
12. Neste momento, eu respeito meu corpo como ele é.	1	2	3	4	5
13. Minha felicidade depende de minha forma e de meu peso corporal neste período de minha vida.	1	2	3	4	5
14. Evito tirar fotos que destacam minha aparência.	1	2	3	4	5
15. Gosto do tamanho de meus seios atualmente.	1	2	3	4	5
16. Sinto-me incomodada pelo fato de minhas roupas não estarem me servindo mais.	1	2	3	4	5
17. Aprecio os aspectos diferentes e únicos de meu corpo atual.	1	2	3	4	5
18. Exagero na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tenho do surgimento de estrias.	1	2	3	4	5
19. Para não engordar, sou muito rigorosa em relação a tudo que como.	1	2	3	4	5
20. Procuo selecionar as opiniões das pessoas a respeito de meu corpo, valorizando apenas as positivas.	1	2	3	4	5
21. Acho que meu corpo tem boas qualidades.	1	2	3	4	5
22. Procuo me pesar com muita frequência.	1	2	3	4	5
23. Aprecio tudo o que meu corpo é capaz de desempenhar.	1	2	3	4	5
24. Para manter minha saúde e de meu(s) bebê(s), sempre como alimentos saudáveis.	1	2	3	4	5
25. Preocupo-me constantemente com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar meu corpo menos atraente.	1	2	3	4	5
26. Minha autoestima depende muito da opinião de meu(minha) companheiro(a) a respeito de minha aparência corporal.	1	2	3	4	5
27. Muitas vezes penso tanto na minha aparência que esqueço o que é bom para o(s) bebê(s).	1	2	3	4	5
28. Evito expor meu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc).	1	2	3	4	5
29. Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando linda.	1	2	3	4	5

48. Logo após o parto, comecei uma busca diária por um corpo magro e perfeito.	1	2	3	4	5
49. Assim que for possível, se eu tiver dinheiro, farei uma cirurgia plástica em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc).	1	2	3	4	5
50. Com frequência, tiro fotos em que apareço de corpo inteiro.	1	2	3	4	5
51. Com frequência, comparo o tamanho de minha barriga com o de outras mulheres que tiveram filho recentemente.	1	2	3	4	5
52. Aceito feliz o fato de ser mãe.	1	2	3	4	5
53. Controlo o tamanho de minha barriga para saber se emagreci.	1	2	3	4	5
54. Durante o pós-parto, desejo ter um corpo que considero ideal.	1	2	3	4	5
55. Fico incomodada com as atribuições da maternidade (como, noites em claro, cuidados do(s) bebê(s), rotina modificada, etc).	1	2	3	4	5
56. Estou feliz mesmo após as mudanças que ocorreram em meu corpo.	1	2	3	4	5
57. Fico incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades que tiveram filho recentemente.	1	2	3	4	5
58. Falo para todos que estou no pós-parto para não pensarem ou falarem mal sobre o meu corpo.	1	2	3	4	5
59. Sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo mudou.	1	2	3	4	5
60. Com frequência, penso em como voltar ao corpo que eu tinha antes de engravidar.	1	2	3	4	5
61. Aceito meu peso corporal atual.	1	2	3	4	5
62. Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga flácida.	1	2	3	4	5
63. Para voltar à forma física desejada, faço exercícios físicos intensos mesmo que tenha que ficar muitas horas distante de meu(s) bebê(s).	1	2	3	4	5
64. Fico preocupada porque acho que minha gravidez causou danos permanentes em meu corpo.	1	2	3	4	5
65. Considero meu corpo atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade.	1	2	3	4	5
66. Evito usar roupas que destacam meu corpo atual.	1	2	3	4	5

Por favor, responda às seguintes questões:

1) Em uma escala de 0 a 2, qual foi o seu nível de dificuldade para responder às perguntas desta escala?

(0)	(1)	(2)
Nenhuma	Um pouco	Muita

2) Em uma escala de 0 a 2, quão cansativo foi preencher este questionário.

(0)	(1)	(2)
Nada cansativo	Um pouco cansativo	Muito cansativo

### Análise dos formatos das redações dos itens

Essa fase busca verificar qual dos formatos de redação dos itens é considerado mais apropriado para o entendimento das participantes: primeira pessoa em forma de afirmação ou terceira pessoa em forma de pergunta.

*Alguns itens foram selecionados para verificar qual formato que você considera de mais fácil entendimento. Por favor, responda às perguntas abaixo:*

Por favor, leia cada pergunta cuidadosamente e assinale em cada linha a melhor opção de resposta para você. Não há resposta certa e nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Atualmente, você gosta do que vê ao olhar seu corpo no espelho?	1	2	3	4	5
5. Para se manter saudável, você faz exercícios físicos, se indicados pelo seu médico?	1	2	3	4	5
9. Constantemente, você elogia seu corpo atual?	1	2	3	4	5
13. Sua felicidade depende de sua forma e de seu peso corporal neste período de sua vida?	1	2	3	4	5
17. Você aprecia os aspectos diferentes e únicos de seu corpo atual?	1	2	3	4	5
20. Você procura selecionar as opiniões das pessoas a respeito de seu corpo, valorizando apenas as positivas?	1	2	3	4	5
21. Você acha que seu corpo tem boas qualidades.?	1	2	3	4	5
23. Você aprecia tudo o que seu corpo é capaz de desempenhar?	1	2	3	4	5
26. Sua autoestima depende muito da opinião de seu(sua) companheiro(a) a respeito de sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
29. Apesar das alterações de seu corpo, você está se achando linda?	1	2	3	4	5

Se houver diferença na resposta da participante para os itens 1, 5, 9, 13, 17, 20, 21, 23, 26 e 29 em terceira pessoa e primeira pessoa, o pesquisador deverá perguntar à respondente o motivo da divergência e marcar no formulário.

Questão	Divergência?		Se sim, motivo relatado
	Sim	Não	
1	Sim	Não	
5	Sim	Não	
9	Sim	Não	
13	Sim	Não	
17	Sim	Não	
20	Sim	Não	
21	Sim	Não	
23	Sim	Não	
26	Sim	Não	
29	Sim	Não	

Qual dos formatos de redação dos itens você se sentiu mais confortável em responder?

- Primeira pessoa em forma de afirmativa. Por exemplo: “Atualmente, gosto do que vejo ao olhar meu corpo no espelho.”
- Terceira pessoa em forma de pergunta. Por exemplo: “Atualmente, você gosta do que vê ao olhar seu corpo no espelho?”
- Tanto faz, as duas formas são compreensíveis.

### Interrogatório Gestantes

Agora fale com as suas próprias palavras o significado das afirmativas, repita do seu jeito os itens. Pode pedir para repetir tantas vezes como for necessário.

*Por exemplo: “Gosto de cozinhar para receber meus amigos”. Você não precisa me responder se você gosta ou não. Eu preciso que você reproduza com as suas palavras esta frase. Ou seja, “O item está me perguntando se eu gosto de fazer pratos diferentes para reunir meus amigos em casa”.*

1. Atualmente, gosto do que vejo ao olhar meu corpo no espelho.
2. Com frequência, tenho pensamentos positivos em relação a minha aparência corporal.
3. Uso roupas que destacam meu corpo atual.
4. De uma forma geral, estou satisfeita com meu corpo.
5. Para me manter saudável, faço exercícios físicos, se indicados pelo meu médico.
6. Sinto-me bem com o corpo que tenho agora.
7. Procuro me manter ativa e disposta para desempenhar minhas atividades.
8. Sinto vergonha de meu corpo frente ao(à) meu(minha) companheiro(a).
9. Constantemente, eu elogio meu corpo atual.
10. Sinto-me incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de minha aparência (como tamanho de minha barriga, nariz, seios, formato de meu rosto, acnes, manchas, etc).
11. O aspecto de meu rosto, neste momento, me agrada.
12. Neste momento, eu respeito meu corpo como ele é.
13. Minha felicidade depende de minha forma e de meu peso corporal neste período de minha vida.
14. Evito tirar fotos que destacam minha aparência.
15. Gosto do tamanho de meus seios atualmente.
16. Sinto-me incomodada pelo fato de minhas roupas não estarem me servindo mais.
17. Aprecio os aspectos diferentes e únicos de meu corpo atual.
18. Exagero na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tenho do surgimento de estrias.
19. Para não engordar, sou muito rigorosa em relação a tudo que como.
20. Procuro selecionar as opiniões das pessoas a respeito de meu corpo, valorizando apenas as positivas.
21. Acho que meu corpo tem boas qualidades.
22. Procuro me pesar com muita frequência.
23. Aprecio tudo o que meu corpo é capaz de desempenhar.
24. Para manter minha saúde e de meu(s) bebê(s), sempre como alimentos saudáveis.
25. Preocupo-me constantemente com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar meu corpo menos atraente.
26. Minha autoestima depende muito da opinião de meu(minha) companheiro(a) a respeito de minha aparência corporal.
27. Muitas vezes penso tanto na minha aparência que esqueço o que é bom para o(s) bebê(s).
28. Evito expor meu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc).
29. Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando linda.
30. Mesmo grávida, busco constantemente ter um corpo perfeito.
31. Com frequência, comparo meu corpo (como barriga, quadril, e seios) com o de outras gestantes.

32. Depois do nascimento de meu(s) filho(s), se eu tiver dinheiro, farei uma cirurgia estética em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc).
33. Com frequência, tiro fotos que destacam meu corpo de grávida.
34. Eu aceito feliz a minha gravidez.
35. Durante a gravidez, desejo ter um corpo que considero ideal.
36. Espero feliz pelas mudanças que ocorrerão em meu corpo até o fim da minha gestação.
37. Fico incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades grávidas.
38. Fico incomodada por perceber que algumas pessoas acham que estou gorda, enquanto na realidade estou grávida.
39. Sinto-me feliz ao ver minha barriga crescendo durante a gravidez.
40. Aceito feliz meu ganho de peso.
41. Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme.
42. Para manter meu corpo em forma, faço exercícios físicos intensos sem me preocupar com a saúde de meu(s) bebê(s).
43. Logo após o parto, pretendo começar uma busca diária por um corpo magro.
44. Meu corpo é atraente, mesmo com o aumento do tamanho de minha barriga.
45. Fico preocupada porque acho que minha gravidez irá causar danos permanentes em meu corpo.
46. Evito usar roupas que destacam minha gravidez.
47. Tenho expectativas de que meu corpo retorne rapidamente, após o parto, ao que era antes de ficar grávida.

### Interrogatório Mulheres no Pós-Parto

Agora fale com as suas próprias palavras o significado das afirmativas, repita do seu jeito os itens. Pode pedir para repetir tantas vezes como for necessário.

*Por exemplo: “Gosto de cozinhar para receber meus amigos”. Você não precisa me responder se você gosta ou não. Eu preciso que você reproduza com as suas palavras esta frase. Ou seja, “O item está me perguntando se eu gosto de fazer pratos diferentes para reunir meus amigos em casa”.*

1. Atualmente, gosto do que vejo ao olhar meu corpo no espelho.
2. Com frequência, tenho pensamentos positivos em relação a minha aparência corporal.
3. Uso roupas que destacam meu corpo atual.
4. De uma forma geral, estou satisfeita com meu corpo.
5. Para me manter saudável, faço exercícios físicos, se indicados pelo meu médico.
6. Sinto-me bem com o corpo que tenho agora.
7. Procuro me manter ativa e disposta para desempenhar minhas atividades.
8. Sinto vergonha de meu corpo frente ao(à) meu(minha) companheiro(a).
9. Constantemente, eu elogio meu corpo atual.
10. Sinto-me incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de minha aparência (como tamanho de minha barriga, nariz, seios, formato de meu rosto, acnes, manchas, etc).
11. O aspecto de meu rosto, neste momento, me agrada.
12. Neste momento, eu respeito meu corpo como ele é.
13. Minha felicidade depende de minha forma e de meu peso corporal neste período de minha vida.
14. Evito tirar fotos que destacam minha aparência.
15. Gosto do tamanho de meus seios atualmente.
16. Sinto-me incomodada pelo fato de minhas roupas não estarem me servindo mais.
17. Aprecio os aspectos diferentes e únicos de meu corpo atual.
18. Exagero na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tenho do surgimento de estrias.
19. Para não engordar, sou muito rigorosa em relação a tudo que como.
20. Procuro selecionar as opiniões das pessoas a respeito de meu corpo, valorizando apenas as positivas.
21. Acho que meu corpo tem boas qualidades.
22. Procuro me pesar com muita frequência.
23. Aprecio tudo o que meu corpo é capaz de desempenhar.
24. Para manter minha saúde e de meu(s) bebê(s), sempre como alimentos saudáveis.
25. Preocupo-me constantemente com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar meu corpo menos atraente.
26. Minha autoestima depende muito da opinião de meu(minha) companheiro(a) a respeito de minha aparência corporal.
27. Muitas vezes penso tanto na minha aparência que esqueço o que é bom para o(s) bebê(s).
28. Evito expor meu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc).
29. Apesar das alterações de meu corpo, estou me achando linda.
48. Logo após o parto, comecei uma busca diária por um corpo magro e perfeito.
49. Assim que for possível, se eu tiver dinheiro, farei uma cirurgia plástica em alguma região de meu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc).
50. Com frequência, tiro fotos em que apareço de corpo inteiro.
51. Com frequência, comparo o tamanho de minha barriga com o de outras mulheres que tiveram filho



recentemente.
52. Aceito feliz o fato de ser mãe.
53. Controlo o tamanho de minha barriga para saber se emagreci.
54. Durante o pós-parto, desejo ter um corpo que considero ideal.
55. Fico incomodada com as atribuições da maternidade (como, noites em claro, cuidados do(s) bebê(s), rotina modificada, etc).
56. Estou feliz mesmo após as mudanças que ocorreram em meu corpo.
57. Fico incomodada porque não consigo um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades que tiveram filho recentemente.
58. Falo para todos que estou no pós-parto para não pensarem ou falarem mal sobre o meu corpo.
59. Sinto-me angustiada ao perceber que meu corpo mudou.
60. Com frequência, penso em como voltar ao corpo que eu tinha antes de engravidar.
61. Aceito meu peso corporal atual.
62. Fico assustada com a ideia de ficar com uma barriga flácida.
63. Para voltar à forma física desejada, faço exercícios físicos intensos mesmo que tenha que ficar muitas horas distante de meu(s) bebê(s).
64. Fico preocupada porque acho que minha gravidez causou danos permanentes em meu corpo.
65. Considero meu corpo atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade.
66. Evito usar roupas que destacam meu corpo atual.

**ANEXO XV**  
**Quarta versão**

**Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto (EAGEPP)**

<b><u>VERSÃO GESTANTES</u></b>					
<p>Por favor, leia cada pergunta cuidadosamente e assinale em cada linha a melhor opção de resposta para você. Não há resposta certa e nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.</p>	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Atualmente, você gosta do que vê ao olhar seu corpo no espelho?	1	2	3	4	5
2. Você tem pensamentos positivos em relação a sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
3. Você usa roupas que destacam seu corpo atual?	1	2	3	4	5
4. De uma forma geral, você está satisfeita com seu corpo?	1	2	3	4	5
5. Para se manter saudável, você faz exercícios físicos, se indicados pelo seu médico?	1	2	3	4	5
6. Você se sente bem com o corpo que tem agora?	1	2	3	4	5
7. Você procura se manter ativa e disposta para desempenhar suas atividades?	1	2	3	4	5
8. Você sente vergonha de seu corpo frente ao(à) seu(sua) companheiro(a)?	1	2	3	4	5
9. Você elogia seu corpo atual?	1	2	3	4	5
10. Você se sente incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de sua aparência (como tamanho de sua barriga, nariz, seios, formato de seu rosto, acne, manchas, etc)?	1	2	3	4	5
11. O aspecto de seu rosto, neste momento, te agrada?	1	2	3	4	5
12. Neste momento, você respeita seu corpo como ele é?	1	2	3	4	5
13. Sua felicidade depende de sua forma e de seu peso corporal neste período de sua vida?	1	2	3	4	5
14. Você evita tirar fotos que destacam sua aparência?	1	2	3	4	5
15. Você gosta do tamanho de seus seios atualmente?	1	2	3	4	5
16. Você se sente incomodada pelo fato de suas roupas não estarem te servindo mais?	1	2	3	4	5
17. Você exagera na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tem do surgimento de estrias?	1	2	3	4	5
18. Para não engordar, você é muito rigorosa em relação a tudo que come?	1	2	3	4	5
19. Você procura selecionar as opiniões das pessoas a respeito de seu corpo, valorizando apenas as positivas?	1	2	3	4	5
20. Você acha que seu corpo tem boas qualidades?	1	2	3	4	5
21. Você procura se pesar?	1	2	3	4	5
22. Para manter sua saúde e de seu(s) bebê(s), você sempre come alimentos saudáveis?	1	2	3	4	5
23. Você se preocupa com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar meu corpo menos atraente?	1	2	3	4	5
24. Sua autoestima depende muito da opinião de seu(sua) companheiro(a) a respeito de sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
25. Você pensa tanto na sua aparência que esquece o que é bom para o(s) bebê(s)?	1	2	3	4	5
26. Você evita expor seu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc)?	1	2	3	4	5
27. Apesar das alterações de seu corpo, você está se achando linda?	1	2	3	4	5
28. Você busca diariamente um corpo magro e perfeito?	1	2	3	4	5
29. Você compara seu corpo (como barriga, quadril, e seios) com o de outras gestantes?	1	2	3	4	5
30. Depois do nascimento de seu(s) filho(s), se tiver dinheiro, você pensa em fazer uma cirurgia estética em alguma região de seu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc).	1	2	3	4	5
31. Você tira fotos que destacam seu corpo de grávida?	1	2	3	4	5

32. Você aceita feliz a sua gravidez?	1	2	3	4	5
33. Você espera feliz pelas mudanças que ocorrerão em seu corpo até o fim da sua gestação?	1	2	3	4	5
34. Você fica incomodada porque não consegue um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades grávidas?	1	2	3	4	5
35. Você fica incomodada por perceber que algumas pessoas acham que está gorda, enquanto na realidade está grávida?	1	2	3	4	5
36. Você se sente feliz ao ver sua barriga crescendo durante a gravidez?	1	2	3	4	5
37. Você aceita feliz seu ganho de peso?	1	2	3	4	5
38. Você fica assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme?	1	2	3	4	5
39. Para manter seu corpo em forma, você faz exercícios físicos intensos sem se preocupar com a saúde de seu(s) bebê(s)?	1	2	3	4	5
40. Você acha que seu corpo é atraente, mesmo com o aumento do tamanho de sua barriga?	1	2	3	4	5
41. Você fica preocupada porque acha que sua gravidez irá causar danos permanentes em seu corpo?	1	2	3	4	5
42. Você evita usar roupas que destacam sua gravidez?	1	2	3	4	5
43. Você tem expectativas de que seu corpo retorne rapidamente, após o parto, ao que era antes de ficar grávida?	1	2	3	4	5

### Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto (EAGEPP)

<b><u>VERSÃO MULHERES NO PÓS-PARTO</u></b>					
<p>Por favor, leia cada pergunta cuidadosamente e assinale em cada linha a melhor opção de resposta para você. Não há resposta certa e nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.</p>	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
47. Atualmente, você gosta do que vê ao olhar seu corpo no espelho?	1	2	3	4	5
48. Você tem pensamentos positivos em relação a sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
49. Você usa roupas que destacam seu corpo atual?	1	2	3	4	5
50. De uma forma geral, você está satisfeita com seu corpo?	1	2	3	4	5
51. Para se manter saudável, você faz exercícios físicos, se indicados pelo seu médico?	1	2	3	4	5
52. Você se sente bem com o corpo que tem agora?	1	2	3	4	5
53. Você procura se manter ativa e disposta para desempenhar suas atividades?	1	2	3	4	5
54. Você sente vergonha de seu corpo frente ao(à) seu(sua) companheiro(a)?	1	2	3	4	5
55. Você elogia seu corpo atual?	1	2	3	4	5
56. Você se sente incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de sua aparência (como tamanho de sua barriga, nariz, seios, formato de seu rosto, acnes, manchas, etc)?	1	2	3	4	5
57. O aspecto de seu rosto, neste momento, te agrada?	1	2	3	4	5
58. Neste momento, você respeita seu corpo como ele é?	1	2	3	4	5
59. Sua felicidade depende de sua forma e de seu peso corporal neste período de sua vida?	1	2	3	4	5
60. Você evita tirar fotos que destacam sua aparência?	1	2	3	4	5
61. Você gosta do tamanho de seus seios atualmente?	1	2	3	4	5
62. Você se sente incomodada pelo fato de suas roupas não estarem te servindo mais?	1	2	3	4	5
63. Você exagera na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tem do surgimento de estrias?	1	2	3	4	5
64. Para não engordar, você é muito rigorosa em relação a tudo que come?	1	2	3	4	5
65. Você procura selecionar as opiniões das pessoas a respeito de seu corpo, valorizando apenas as positivas?	1	2	3	4	5
66. Você acha que seu corpo tem boas qualidades?	1	2	3	4	5
67. Você procura se pesar?	1	2	3	4	5
68. Para manter sua saúde e de seu(s) bebê(s), você sempre come alimentos saudáveis?	1	2	3	4	5
69. Você se preocupa com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar meu corpo menos atraente?	1	2	3	4	5
70. Sua autoestima depende muito da opinião de seu(sua) companheiro(a) a respeito de sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
71. Você pensa tanto na sua aparência que esquece o que é bom para o(s) bebê(s)?	1	2	3	4	5
72. Você evita expor seu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc)?	1	2	3	4	5
73. Apesar das alterações de seu corpo, você está se achando linda?	1	2	3	4	5
74. Você busca diariamente um corpo magro e perfeito?					
44. Assim que for possível, se tiver dinheiro, você pensa em fazer uma cirurgia plástica em alguma região de seu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc)?	1	2	3	4	5
45. Você tira fotos em que aparece de corpo inteiro?	1	2	3	4	5
46. Você compara o tamanho de sua barriga com o de outras mulheres que tiveram filho recentemente?	1	2	3	4	5
47. Você aceita feliz o fato de ser mãe?	1	2	3	4	5
48. Você controla o tamanho de sua barriga para saber se emagreceu?	1	2	3	4	5
49. Durante o pós-parto, você deseja ter um corpo que considera ideal?	1	2	3	4	5

50. Você fica incomodada com as atribuições da maternidade (como noites em claro, cuidados do(s) bebê(s), rotina modificada, etc)?	1	2	3	4	5
51. Você está feliz mesmo após as mudanças que ocorreram em seu corpo?	1	2	3	4	5
52. Você fica incomodada porque não consegue um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades que tiveram filho recentemente?	1	2	3	4	5
53. Você fala para todos que está no pós-parto para não pensarem ou falarem mal sobre o seu corpo?	1	2	3	4	5
54. Você se sente angustiada ao perceber que seu corpo mudou?	1	2	3	4	5
55. Você pensa em como voltar ao corpo que tinha antes de engravidar?	1	2	3	4	5
56. Você aceita seu peso corporal atual?	1	2	3	4	5
57. Você fica assustada com a ideia de ficar com uma barriga flácida?	1	2	3	4	5
58. Para voltar à forma física desejada, você faz exercícios físicos intensos mesmo que tenha que ficar muitas horas distante de seu(s) bebê(s)?	1	2	3	4	5
59. Você fica preocupada porque acha que sua gravidez causou danos permanentes em seu corpo?	1	2	3	4	5
60. Você considera seu corpo atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade?	1	2	3	4	5
61. Você evita usar roupas que destacam seu corpo atual?	1	2	3	4	5

**ANEXO XVI****Formulário Terceiro Pré-teste****Questionário sociodemográfico**

Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Se você é gestante: Idade gestacional (em semanas): \_\_\_\_\_Se você é Mulher no Pós-Parto: Data de nascimento de bebê: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Número de filhos nascidos: \_\_\_\_\_

### Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto (EAGEPP)

<b><u>VERSÃO GESTANTES</u></b>					
<p>Por favor, leia cada pergunta cuidadosamente e assinale em cada linha a melhor opção de resposta para você. Não há resposta certa e nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.</p>	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Atualmente, você gosta do que vê ao olhar seu corpo no espelho?	1	2	3	4	5
2. Você tem pensamentos positivos em relação a sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
3. Você usa roupas que destacam seu corpo atual?	1	2	3	4	5
4. De uma forma geral, você está satisfeita com seu corpo?	1	2	3	4	5
5. Para se manter saudável, você faz exercícios físicos, se indicados pelo seu médico?	1	2	3	4	5
6. Você se sente bem com o corpo que tem agora?	1	2	3	4	5
7. Você procura se manter ativa e disposta para desempenhar suas atividades?	1	2	3	4	5
8. Você sente vergonha de seu corpo frente ao(à) seu(sua) companheiro(a)?	1	2	3	4	5
9. Você elogia seu corpo atual?	1	2	3	4	5
10. Você se sente incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de sua aparência (como tamanho de sua barriga, nariz, seios, formato de seu rosto, acnes, manchas, etc)?	1	2	3	4	5
11. O aspecto de seu rosto, neste momento, te agrada?	1	2	3	4	5
12. Neste momento, você respeita seu corpo como ele é?	1	2	3	4	5
13. Sua felicidade depende de sua forma e de seu peso corporal neste período de sua vida?	1	2	3	4	5
14. Você evita tirar fotos que destacam sua aparência?	1	2	3	4	5
15. Você gosta do tamanho de seus seios atualmente?	1	2	3	4	5
16. Você se sente incomodada pelo fato de suas roupas não estarem te servindo mais?	1	2	3	4	5
17. Você exagera na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tem do surgimento de estrias?	1	2	3	4	5
18. Para não engordar, você é muito rigorosa em relação a tudo que come?	1	2	3	4	5
19. Você procura selecionar as opiniões das pessoas a respeito de seu corpo, valorizando apenas as positivas?	1	2	3	4	5
20. Você acha que seu corpo tem boas qualidades?	1	2	3	4	5
21. Você procura se pesar?	1	2	3	4	5
22. Para manter sua saúde e de seu(s) bebê(s), você sempre come alimentos saudáveis?	1	2	3	4	5
23. Você se preocupa com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar seu corpo menos atraente?	1	2	3	4	5
24. Sua autoestima depende muito da opinião de seu(sua) companheiro(a) a respeito de sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
25. Você pensa tanto na sua aparência que esquece o que é bom para o(s) bebê(s)?	1	2	3	4	5
26. Você evita expor seu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc)?	1	2	3	4	5
27. Apesar das alterações de seu corpo, você está se achando linda?	1	2	3	4	5
28. Você busca diariamente um corpo magro e perfeito?	1	2	3	4	5
29. Você compara seu corpo (como barriga, quadril, e seios) com o de outras gestantes?	1	2	3	4	5
30. Depois do nascimento de seu(s) filho(s), se tiver dinheiro, você pensa em fazer uma cirurgia estética em alguma região de seu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc).	1	2	3	4	5
31. Você tira fotos que destacam seu corpo de grávida?	1	2	3	4	5
32. Você aceita feliz a sua gravidez?	1	2	3	4	5
33. Você espera feliz pelas mudanças que ocorrerão em seu corpo até o fim da sua gestação?	1	2	3	4	5

34. Você fica incomodada porque não consegue um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades grávidas?	1	2	3	4	5
35. Você fica incomodada por perceber que algumas pessoas acham que está gorda, enquanto na realidade está grávida?	1	2	3	4	5
36. Você se sente feliz ao ver sua barriga crescendo durante a gravidez?	1	2	3	4	5
37. Você aceita feliz seu ganho de peso?	1	2	3	4	5
38. Você fica assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme?	1	2	3	4	5
39. Para manter seu corpo em forma, você faz exercícios físicos intensos sem se preocupar com a saúde de seu(s) bebê(s)?	1	2	3	4	5
40. Você acha que seu corpo é atraente, mesmo com o aumento do tamanho de sua barriga?	1	2	3	4	5
41. Você fica preocupada porque acha que sua gravidez irá causar danos permanentes em seu corpo?	1	2	3	4	5
42. Você evita usar roupas que destacam sua gravidez?	1	2	3	4	5
43. Você tem expectativas de que seu corpo retorne rapidamente, após o parto, ao que era antes de ficar grávida?	1	2	3	4	5

Por favor, responda às seguintes questões:

1) Em uma escala de 0 a 2, qual foi o seu nível de dificuldade para responder às perguntas desta escala?

(0) Nenhuma	(1) Um pouco	(2) Muita
----------------	-----------------	--------------

2) Em uma escala de 0 a 2, quão cansativo foi preencher este questionário.

(0) Nada cansativo	(1) Um pouco cansativo	(2) Muito cansativo
-----------------------	---------------------------	------------------------



### Escala de Autoaceitação para Gestantes e Mulheres no Pós-Parto (EAGEPP)

<b>VERSÃO MULHERES NO PÓS-PARTO</b>  Por favor, leia cada pergunta cuidadosamente e assinale em cada linha a melhor opção de resposta para você. Não há resposta certa e nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Atualmente, você gosta do que vê ao olhar seu corpo no espelho?	1	2	3	4	5
2. Você tem pensamentos positivos em relação a sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
3. Você usa roupas que destacam seu corpo atual?	1	2	3	4	5
4. De uma forma geral, você está satisfeita com seu corpo?	1	2	3	4	5
5. Para se manter saudável, você faz exercícios físicos, se indicados pelo seu médico?	1	2	3	4	5
6. Você se sente bem com o corpo que tem agora?	1	2	3	4	5
7. Você procura se manter ativa e disposta para desempenhar suas atividades?	1	2	3	4	5
8. Você sente vergonha de seu corpo frente ao(à) seu(sua) companheiro(a)?	1	2	3	4	5
9. Você elogia seu corpo atual?	1	2	3	4	5
10. Você se sente incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de sua aparência (como tamanho de sua barriga, nariz, seios, formato de seu rosto, acne, manchas, etc)?	1	2	3	4	5
11. O aspecto de seu rosto, neste momento, te agrada?	1	2	3	4	5
12. Neste momento, você respeita seu corpo como ele é?	1	2	3	4	5
13. Sua felicidade depende de sua forma e de seu peso corporal neste período de sua vida?	1	2	3	4	5
14. Você evita tirar fotos que destacam sua aparência?	1	2	3	4	5
15. Você gosta do tamanho de seus seios atualmente?	1	2	3	4	5
16. Você se sente incomodada pelo fato de suas roupas não estarem te servindo mais?	1	2	3	4	5
17. Você exagera na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tem do surgimento de estrias?	1	2	3	4	5
18. Para não engordar, você é muito rigorosa em relação a tudo que come?	1	2	3	4	5
19. Você procura selecionar as opiniões das pessoas a respeito de seu corpo, valorizando apenas as positivas?	1	2	3	4	5
20. Você acha que seu corpo tem boas qualidades?	1	2	3	4	5
21. Você procura se pesar?	1	2	3	4	5
22. Para manter sua saúde e de seu(s) bebê(s), você sempre come alimentos saudáveis?	1	2	3	4	5
23. Você se preocupa com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar seu corpo menos atraente?	1	2	3	4	5
24. Sua autoestima depende muito da opinião de seu(sua) companheiro(a) a respeito de sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
25. Você pensa tanto na sua aparência que esquece o que é bom para o(s) bebê(s)?	1	2	3	4	5
26. Você evita expor seu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc)?	1	2	3	4	5
27. Apesar das alterações de seu corpo, você está se achando linda?	1	2	3	4	5
28. Você busca diariamente um corpo magro e perfeito?	1	2	3	4	5
44. Assim que for possível, se tiver dinheiro, você pensa em fazer uma cirurgia plástica em alguma região de seu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc)?	1	2	3	4	5
45. Você tira fotos em que aparece de corpo inteiro?	1	2	3	4	5
46. Você compara o tamanho de sua barriga com o de outras mulheres que tiveram filho recentemente?	1	2	3	4	5
47. Você aceita feliz o fato de ser mãe?	1	2	3	4	5
48. Você controla o tamanho de sua barriga para saber se emagreceu?	1	2	3	4	5

49. Durante o pós-parto, você deseja ter um corpo que considera ideal?	1	2	3	4	5
50. Você fica incomodada com as atribuições da maternidade (como noites em claro, cuidados do(s) bebê(s), rotina modificada, etc)?	1	2	3	4	5
51. Você está feliz mesmo após as mudanças que ocorreram em seu corpo?	1	2	3	4	5
52. Você fica incomodada porque não consegue um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades que tiveram filho recentemente?	1	2	3	4	5
53. Você fala para todos que está no pós-parto para não pensarem ou falarem mal sobre o seu corpo?	1	2	3	4	5
54. Você se sente angustiada ao perceber que seu corpo mudou?	1	2	3	4	5
55. Você pensa em como voltar ao corpo que tinha antes de engravidar?	1	2	3	4	5
56. Você aceita seu peso corporal atual?	1	2	3	4	5
57. Você fica assustada com a ideia de ficar com uma barriga flácida?	1	2	3	4	5
58. Para voltar à forma física desejada, você faz exercícios físicos intensos mesmo que tenha que ficar muitas horas distante de seu(s) bebê(s)?	1	2	3	4	5
59. Você fica preocupada porque acha que sua gravidez causou danos permanentes em seu corpo?	1	2	3	4	5
60. Você considera seu corpo atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade?	1	2	3	4	5
61. Você evita usar roupas que destacam seu corpo atual?	1	2	3	4	5

Por favor, responda às seguintes questões:

1) Em uma escala de 0 a 2, qual foi o seu nível de dificuldade para responder às perguntas desta escala?

(0)	(1)	(2)
Nenhuma	Um pouco	Muita

2) Em uma escala de 0 a 2, quão cansativo foi preencher este questionário.

(0)	(1)	(2)
Nada cansativo	Um pouco cansativo	Muito cansativo

## Interrogatório Gestantes

Agora fale com as suas próprias palavras o significado das perguntas, repita do seu jeito os itens. Pode pedir para repetir tantas vezes como for necessário.

*Por exemplo: “Você cozinha para receber seus amigos na sua casa?”. Você não precisa me responder a frequência que você geralmente cozinha. Eu preciso que você reproduza com as suas palavras esta questão. Ou seja, “O item está me perguntando se eu cozinho para reunir meus amigos em casa”.*

1. Atualmente, você gosta do que vê ao olhar seu corpo no espelho?
2. Você tem pensamentos positivos em relação a sua aparência corporal?
3. Você usa roupas que destacam seu corpo atual?
4. De uma forma geral, você está satisfeita com seu corpo?
5. Para se manter saudável, você faz exercícios físicos, se indicados pelo seu médico?
6. Você se sente bem com o corpo que tem agora?
7. Você procura se manter ativa e disposta para desempenhar suas atividades?
8. Você sente vergonha de seu corpo frente ao(à) seu(sua) companheiro(a)?
9. Você elogia seu corpo atual?
10. Você se sente incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de sua aparência (como tamanho de sua barriga, nariz, seios, formato de seu rosto, acnes, manchas, etc)?
11. O aspecto de seu rosto, neste momento, te agrada?
12. Neste momento, você respeita seu corpo como ele é?
13. Sua felicidade depende de sua forma e de seu peso corporal neste período de sua vida?
14. Você evita tirar fotos que destacam sua aparência?
15. Você gosta do tamanho de seus seios atualmente?
16. Você se sente incomodada pelo fato de suas roupas não estarem te servindo mais?
17. Você exagera na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tem do surgimento de estrias?
18. Para não engordar, você é muito rigorosa em relação a tudo que come?
19. Você procura selecionar as opiniões das pessoas a respeito de seu corpo, valorizando apenas as positivas?
20. Você acha que seu corpo tem boas qualidades?
21. Você procura se pesar?
22. Para manter sua saúde e de seu(s) bebê(s), você sempre come alimentos saudáveis?
23. Você se preocupa com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar seu corpo menos atraente?
24. Sua autoestima depende muito da opinião de seu(sua) companheiro(a) a respeito de sua aparência corporal?
25. Você pensa tanto na sua aparência que esquece o que é bom para o(s) bebê(s)?
26. Você evita expor seu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc)?
27. Apesar das alterações de seu corpo, você está se achando linda?
28. Você busca diariamente um corpo magro e perfeito?
29. Você compara seu corpo (como barriga, quadril, e seios) com o de outras gestantes?
30. Depois do nascimento de seu(s) filho(s), se tiver dinheiro, você pensa em fazer uma cirurgia estética em alguma região de seu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc).
31. Você tira fotos que destacam seu corpo de grávida?
32. Você aceita feliz a sua gravidez?
33. Você espera feliz pelas mudanças que ocorrerão em seu corpo até o fim da sua gestação?
34. Você fica incomodada porque não consegue um corpo esbelto como o de algumas pessoas

famosas/celebridades grávidas?
35. Você fica incomodada por perceber que algumas pessoas acham que está gorda, enquanto na realidade está grávida?
36. Você se sente feliz ao ver sua barriga crescendo durante a gravidez?
37. Você aceita feliz seu ganho de peso?
38. Você fica assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme?
39. Para manter seu corpo em forma, você faz exercícios físicos intensos sem se preocupar com a saúde de seu(s) bebê(s)?
40. Você acha que seu corpo é atraente, mesmo com o aumento do tamanho de sua barriga?
41. Você fica preocupada porque acha que sua gravidez irá causar danos permanentes em seu corpo?
42. Você evita usar roupas que destacam sua gravidez?
43. Você tem expectativas de que seu corpo retorne rapidamente, após o parto, ao que era antes de ficar grávida?

### Interrogatório Mulheres no Pós-Parto

Agora fale com as suas próprias palavras o significado das perguntas, repita do seu jeito os itens. Pode pedir para repetir tantas vezes como for necessário.

*Por exemplo: “Você cozinha para receber seus amigos na sua casa?”. Você não precisa me responder a frequência que você geralmente cozinha. Eu preciso que você reproduza com as suas palavras esta questão. Ou seja, “O item está me perguntando se eu cozinho para reunir meus amigos em casa”.*

1. Atualmente, você gosta do que vê ao olhar seu corpo no espelho?
2. Você tem pensamentos positivos em relação a sua aparência corporal?
3. Você usa roupas que destacam seu corpo atual?
4. De uma forma geral, você está satisfeita com seu corpo?
5. Para se manter saudável, você faz exercícios físicos, se indicados pelo seu médico?
6. Você se sente bem com o corpo que tem agora?
7. Você procura se manter ativa e disposta para desempenhar suas atividades?
8. Você sente vergonha de seu corpo frente ao(à) seu(sua) companheiro(a)?
9. Você elogia seu corpo atual?
10. Você se sente incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de sua aparência (como tamanho de sua barriga, nariz, seios, formato de seu rosto, acne, manchas, etc)?
11. O aspecto de seu rosto, neste momento, te agrada?
12. Neste momento, você respeita seu corpo como ele é?
13. Sua felicidade depende de sua forma e de seu peso corporal neste período de sua vida?
14. Você evita tirar fotos que destacam sua aparência?
15. Você gosta do tamanho de seus seios atualmente?
16. Você se sente incomodada pelo fato de suas roupas não estarem te servindo mais?
17. Você exagera na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tem do surgimento de estrias?
18. Para não engordar, você é muito rigorosa em relação a tudo que come?
19. Você procura selecionar as opiniões das pessoas a respeito de seu corpo, valorizando apenas as positivas?
20. Você acha que seu corpo tem boas qualidades?
21. Você procura se pesar?
22. Para manter sua saúde e de seu(s) bebê(s), você sempre come alimentos saudáveis?
23. Você se preocupa com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar seu corpo menos atraente?
24. Sua autoestima depende muito da opinião de seu(sua) companheiro(a) a respeito de sua aparência corporal?
25. Você pensa tanto na sua aparência que esquece o que é bom para o(s) bebê(s)?
26. Você evita expor seu corpo em público (como em praias, piscinas, vestiários, etc)?
27. Apesar das alterações de seu corpo, você está se achando linda?
28. Você busca diariamente um corpo magro e perfeito?
44. Assim que for possível, se tiver dinheiro, você pensa em fazer uma cirurgia plástica em alguma região de seu corpo (como nos seios, no abdome, no bumbum, etc)?
45. Você tira fotos em que aparece de corpo inteiro?
46. Você compara o tamanho de sua barriga com o de outras mulheres que tiveram filho recentemente?
47. Você aceita feliz o fato de ser mãe?
48. Você controla o tamanho de sua barriga para saber se emagreceu?
49. Durante o pós-parto, você deseja ter um corpo que considera ideal?

50. Você fica incomodada com as atribuições da maternidade (como noites em claro, cuidados do(s) bebê(s), rotina modificada, etc)?
51. Você está feliz mesmo após as mudanças que ocorreram em seu corpo?
52. Você fica incomodada porque não consegue um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades que tiveram filho recentemente?
53. Você fala para todos que está no pós-parto para não pensarem ou falarem mal sobre o seu corpo?
54. Você se sente angustiada ao perceber que seu corpo mudou?
55. Você pensa em como voltar ao corpo que tinha antes de engravidar?
56. Você aceita seu peso corporal atual?
57. Você fica assustada com a ideia de ficar com uma barriga flácida?
58. Para voltar à forma física desejada, você faz exercícios físicos intensos mesmo que tenha que ficar muitas horas distante de seu(s) bebê(s)?
59. Você fica preocupada porque acha que sua gravidez causou danos permanentes em seu corpo?
60. Você considera seu corpo atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade?
61. Você evita usar roupas que destacam seu corpo atual?

**ANEXO XVII**  
**Quinta versão**

**ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA GESTANTES E MULHERES NO PÓS-  
PARTO (EAGEPP)**

<b><u>VERSÃO GESTANTES</u></b>					
Por favor, leia cada pergunta cuidadosamente e marque com um X, em, em cada linha, a melhor opção de resposta para você. Não há resposta certa nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
44. Atualmente, ao olhar seu corpo no espelho, você gosta do que vê?	1	2	3	4	5
45. Você tem pensamentos positivos em relação a sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
46. Você usa roupas que destacam seu corpo atual?	1	2	3	4	5
47. De um modo geral, você está satisfeita com seu corpo?	1	2	3	4	5
48. Para se manter saudável, você faz exercícios físicos, quando esses são indicados pelo seu médico?	1	2	3	4	5
49. Você se sente bem com o corpo que tem agora?	1	2	3	4	5
50. Você procura se manter ativa e disposta para desempenhar suas atividades?	1	2	3	4	5
51. Você sente vergonha de seu corpo quando está diante de seu(sua) companheiro(a)?	1	2	3	4	5
52. Você elogia seu corpo atual?	1	2	3	4	5
53. Você se sente incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de sua aparência, como tamanho de sua barriga, nariz, seios, formato de seu rosto, acne, manchas, etc.?	1	2	3	4	5
54. Neste momento, o aspecto de seu rosto agrada você?	1	2	3	4	5
55. Neste momento, você respeita seu corpo como ele é?	1	2	3	4	5
56. Neste período de sua vida, sua felicidade depende de sua forma e de seu peso corporal?	1	2	3	4	5
57. Você evita tirar fotos que destacam sua aparência?	1	2	3	4	5
58. Atualmente, você gosta do tamanho de seus seios?	1	2	3	4	5
59. Você se sente incomodada pelo fato de suas roupas não estarem mais servindo para você?	1	2	3	4	5
60. Você exagera na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tem do surgimento de estrias?	1	2	3	4	5
61. Para não engordar, você é rigorosa em relação a tudo que come e bebe?	1	2	3	4	5
62. Você procura selecionar as opiniões das pessoas a respeito de seu corpo, valorizando apenas as positivas?	1	2	3	4	5
63. Você acha que seu corpo tem boas qualidades?	1	2	3	4	5
64. Você procura se pesar?	1	2	3	4	5
65. Para manter sua saúde e a de seu(s) bebê(s), você come alimentos saudáveis?	1	2	3	4	5
66. Você se preocupa com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar seu corpo menos atraente?	1	2	3	4	5
67. Sua autoestima depende da opinião de seu(sua) companheiro(a) a respeito de sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
68. Você pensa tanto em sua aparência que esquece o que é bom para o(s) bebê(s)?	1	2	3	4	5
69. Você evita expor seu corpo em público, em lugares como praias, piscinas, vestiários, etc.?	1	2	3	4	5
70. Apesar das alterações de seu corpo, você está se achando linda?	1	2	3	4	5
71. Você busca um corpo magro e perfeito?	1	2	3	4	5

72. Você compara partes de seu corpo, como barriga, quadril e seios, com as partes do corpo de outras gestantes?	1	2	3	4	5
73. Depois do nascimento de seu(s) filho(s), se tiver dinheiro, você pensa em fazer uma cirurgia plástica em alguma parte de seu corpo, como nos seios, no abdome, no bumbum, etc.	1	2	3	4	5
74. Você tira fotos que destacam seu corpo de grávida?	1	2	3	4	5
75. Você aceita feliz a sua gravidez?	1	2	3	4	5
76. Você espera feliz pelas mudanças que irão ocorrer em seu corpo até o fim de sua gestação?	1	2	3	4	5
77. Você fica incomodada porque não consegue um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades grávidas?	1	2	3	4	5
78. Você fica incomodada por perceber que algumas pessoas acham que está gorda, enquanto que, na realidade, você está grávida?	1	2	3	4	5
79. Você se sente feliz ao ver sua barriga crescendo durante a gravidez?	1	2	3	4	5
80. Você aceita feliz seu ganho de peso?	1	2	3	4	5
81. Você fica assustada com a ideia de ficar com uma barriga de grávida enorme?	1	2	3	4	5
82. Para manter seu corpo em forma, você faz exercícios físicos intensos sem se preocupar com a saúde de seu(s) bebê(s)?	1	2	3	4	5
83. Você acha que seu corpo é atraente, mesmo com o aumento do tamanho de sua barriga?	1	2	3	4	5
84. Você fica preocupada porque acha que sua gravidez causará danos permanentes em seu corpo?	1	2	3	4	5
85. Você evita usar roupas que destacam sua gravidez?	1	2	3	4	5
86. Você tem expectativas de que seu corpo, após o parto, retorne, rapidamente, ao que era antes de você ficar grávida?	1	2	3	4	5



**ESCALA DE AUTOACEITAÇÃO PARA GESTANTES E MULHERES NO PÓS-PARTO (EAGEPP)**

<b><u>VERSÃO MULHERES NO PÓS-PARTO</u></b>					
Por favor, leia cada pergunta cuidadosamente e marque com um X, em cada linha, a melhor opção de resposta para você. Não há resposta certa nem errada. Apenas responda com base em suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos em relação ao momento atual de sua vida.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Atualmente, ao olhar seu corpo no espelho, você gosta do que vê?	1	2	3	4	5
2. Você tem pensamentos positivos em relação a sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
3. Você usa roupas que destacam seu corpo atual?	1	2	3	4	5
4. De um modo geral, você está satisfeita com seu corpo?	1	2	3	4	5
5. Para se manter saudável, você faz exercícios físicos, quando esses são indicados pelo seu médico?	1	2	3	4	5
6. Você se sente bem com o corpo que tem agora?	1	2	3	4	5
7. Você procura se manter ativa e disposta para desempenhar suas atividades?	1	2	3	4	5
8. Você sente vergonha de seu corpo quando está diante de seu(sua) companheiro(a)?	1	2	3	4	5
9. Você elogia seu corpo atual?	1	2	3	4	5
10. Você se sente incomodada com a opinião das pessoas a respeito de algum aspecto de sua aparência, como tamanho de sua barriga, nariz, seios, formato de seu rosto, acne, manchas, etc.?	1	2	3	4	5
11. Neste momento, o aspecto de seu rosto agrada você?	1	2	3	4	5
12. Neste momento, você respeita seu corpo como ele é?	1	2	3	4	5
13. Neste período de sua vida, sua felicidade depende de sua forma e de seu peso corporal?	1	2	3	4	5
14. Você evita tirar fotos que destacam sua aparência?	1	2	3	4	5
15. Atualmente, você gosta do tamanho de seus seios?	1	2	3	4	5
16. Você se sente incomodada pelo fato de suas roupas não estarem mais servindo para você?	1	2	3	4	5
17. Você exagera na utilização de cremes e/ou óleos devido ao medo que tem do surgimento de estrias?	1	2	3	4	5
18. Para não engordar, você é rigorosa em relação a tudo que come e bebe?	1	2	3	4	5
19. Você procura selecionar as opiniões das pessoas a respeito de seu corpo, valorizando apenas as positivas?	1	2	3	4	5
20. Você acha que seu corpo tem boas qualidades?	1	2	3	4	5
21. Você procura se pesar?	1	2	3	4	5
22. Para manter sua saúde e a de seu(s) bebê(s), você come alimentos saudáveis?	1	2	3	4	5
23. Você se preocupa com a possibilidade do surgimento de estrias, celulites ou outras possíveis alterações da gravidez que podem tornar seu corpo menos atraente?	1	2	3	4	5
24. Sua autoestima depende da opinião de seu(sua) companheiro(a) a respeito de sua aparência corporal?	1	2	3	4	5
25. Você pensa tanto em sua aparência que esquece o que é bom para o(s) bebê(s)?	1	2	3	4	5
26. Você evita expor seu corpo em público, em lugares como praias, piscinas, vestiários, etc.?	1	2	3	4	5
27. Apesar das alterações de seu corpo, você está se achando linda?	1	2	3	4	5
28. Você busca um corpo magro e perfeito?	1	2	3	4	5
44. Assim que for possível, se tiver dinheiro, você pensa em fazer uma cirurgia plástica em alguma parte de seu corpo, como nos seios, no abdome, no bumbum, etc.?	1	2	3	4	5
45. Você tira fotos em que aparece de corpo inteiro?	1	2	3	4	5

46. Você compara o tamanho de sua barriga com o de outras mulheres que tiveram filho recentemente?	1	2	3	4	5
47. Você aceita feliz o fato de ser mãe?	1	2	3	4	5
48. Você controla o tamanho de sua barriga para saber se emagreceu?	1	2	3	4	5
49. Durante o pós-parto, você deseja ter um corpo que considera ideal?	1	2	3	4	5
50. Você fica incomodada com as atribuições da maternidade, como noites em claro, cuidados com o(s) bebê(s), rotina modificada, etc.?	1	2	3	4	5
51. Você está feliz, mesmo após as mudanças que ocorreram em seu corpo?	1	2	3	4	5
52. Você fica incomodada porque não consegue um corpo esbelto como o de algumas pessoas famosas/celebridades que tiveram filho recentemente?	1	2	3	4	5
53. Você procura informar a todas as pessoas que está no pós-parto, a fim de não falarem mal de seu corpo?	1	2	3	4	5
54. Você se sente angustiada ao perceber que seu corpo mudou?	1	2	3	4	5
55. Você pensa em como voltar ao corpo que tinha antes de engravidar?	1	2	3	4	5
56. Você aceita seu peso corporal atual?	1	2	3	4	5
57. Você fica assustada com a ideia de ficar com uma barriga flácida?	1	2	3	4	5
58. Para voltar à forma física desejada, você faz exercícios físicos intensos, mesmo que tenha de ficar muitas horas distante de seu(s) bebê(s)?	1	2	3	4	5
59. Você fica preocupada pelo fato de achar que sua gravidez causou danos permanentes em seu corpo?	1	2	3	4	5
60. Você considera seu corpo atraente, mesmo com as alterações sofridas com a maternidade?	1	2	3	4	5
61. Você evita usar roupas que destacam seu corpo atual?	1	2	3	4	5



## ANEXO XVIII

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF  
36036-900 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Análise Empírica e Psicométrica

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “**Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo do Componente Atitudinal da Imagem Corporal para Gestantes**”. Nesta pesquisa pretendemos **desenvolver e avaliar as qualidades psicométricas de um instrumento avaliativo do componente atitudinal da imagem corporal em gestantes**. O motivo que nos leva a estudar surge da **escassez de medidas específicas para a avaliação da imagem corporal de mulheres grávidas**.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **caso aceite o nosso convite, irá responder a um questionário que avalia a sua imagem corporal, bem como um questionário sociodemográfico e a um socioeconômico. Ademais, serão solicitadas algumas informações ao seu médico referentes à sua gestação (estatura, massa corporal, idade gestacional e condição materna infantil)**. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em **riscos mínimos, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc.** A pesquisa contribuirá para: **um avanço nas pesquisas de imagem corporal em gestantes, pois os pesquisadores poderão contar com uma medida válida e precisa para diagnosticar alterações nesta imagem**.

Para participar deste estudo, a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sra. tem assegurado o direito a indenização. A Sra. 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 a Sra. 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. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informada dos objetivos da pesquisa “**Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo do Componente Atitudinal da Imagem Corporal para Gestantes**” 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 este termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à 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.PROPESQ@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](mailto:CAPUTOFERREIRA@TERRA.COM.BR)

## ANEXO XIX

## Questionário sociodemográfico - Gestantes

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos      Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cidade/Estado onde mora: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Idade gestacional (em semanas): \_\_\_\_\_

Sua gravidez é considerada de alto risco? ( 1 ) Não  
( 2 ) Sim. Por quê?

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Altura (m): \_\_\_\_\_

Escolaridade:

( 1 ) Ensino Fundamental

( 3 ) Ensino Superior

( 2 ) Ensino Médio

( 4 ) Pós-graduação

Estado Civil:

( 1 ) Solteira

( 3 ) Divorciada

( 2 ) Casada ou vive com companheiro

( 4 ) Viúva

Número de filhos nascidos: \_\_\_\_\_

Relação com pai do bebê: Ruim ( 1 )

Boa ( 2 )

Tem apoio familiar? Não ( 1 )

Sim ( 2 )

A gravidez foi planejada? Não ( 1 )

Sim ( 2 )

Pensou em abortar? Não ( 1 )

Sim ( 2 )

A respeito de seu corpo, você está:

( 1 ) Completamente insatisfeita	( 2 ) Pouco satisfeita	( 3 ) Indiferente	( 4 ) Muito satisfeita	( 5 ) Completamente satisfeita
--	------------------------------	----------------------	------------------------------	--------------------------------------

Você aceita a sua condição atual?

( 1 ) Nunca	( 2 ) Poucas vezes	( 3 ) Às vezes	( 4 ) Muitas vezes	( 5 ) Sempre
----------------	-----------------------	-------------------	-----------------------	-----------------

## ANEXO XX

## Questionário sociodemográfico – Mulheres no Pós-Parto

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos      Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cidade/Estado onde mora: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Data do parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Altura (m): \_\_\_\_\_

Escolaridade:

( 1 ) Ensino Fundamental

( 3 ) Ensino Superior

( 2 ) Ensino Médio

( 4 ) Pós-graduação

Estado Civil:

( 1 ) Solteira

( 3 ) Divorciada

( 2 ) Casada ou vive com companheiro

( 4 ) Viúva

Número de filhos nascidos: \_\_\_\_\_

Relação com pai do bebê: Ruim ( 1 )

Boa ( 2 )

Tem apoio familiar? Não ( 1 )

Sim ( 2 )

A gravidez foi planejada? Não ( 1 )

Sim ( 2 )

Pensou em abortar? Não ( 1 )

Sim ( 2 )

A respeito de seu corpo, você está:

( 1 ) Completamente insatisfeita	( 2 ) Pouco satisfeita	( 3 ) Indiferente	( 4 ) Muito satisfeita	( 5 ) Completamente satisfeita
--	------------------------------	----------------------	------------------------------	--------------------------------------

Você aceita a sua condição atual?

( 1 ) Nunca	( 2 ) Poucas vezes	( 3 ) Às vezes	( 4 ) Muitas vezes	( 5 ) Sempre
----------------	-----------------------	-------------------	-----------------------	-----------------

## ANEXO XXI

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 XXII*****Body Appreciation Scale***

Por favor, indique a frequência com que estas questões são verdadeiras para você: nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre.

	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Sempre</b>
1. Respeito meu corpo.	1	2	3	4	5
2. Sinto-me bem com relação ao meu corpo.	1	2	3	4	5
3. De uma forma geral, estou satisfeita com meu corpo.	1	2	3	4	5
4. Apesar de suas imperfeições, aceito meu corpo do jeito que ele é.	1	2	3	4	5
5. Sinto que meu corpo tem algumas qualidades boas.	1	2	3	4	5
6. Tomo uma atitude positiva em relação ao meu corpo.	1	2	3	4	5
7. Sou atenta às necessidades do meu corpo.	1	2	3	4	5
8. Minha autoestima independe da forma ou do peso do meu corpo.	1	2	3	4	5
9. Perco tempo me preocupando com a forma ou o peso do meu corpo.	1	2	3	4	5
10. A maioria dos sentimentos a respeito do meu corpo são positivos.	1	2	3	4	5
11. Adoto comportamentos saudáveis para cuidar do meu corpo.	1	2	3	4	5
12. Permito que imagens idealizadas de mulheres magras na mídia afetem minhas atitudes em relação ao meu corpo.	1	2	3	4	5
13. Apesar de suas imperfeições, ainda assim gosto do meu corpo.	1	2	3	4	5

## ANEXO XXIII

*Rosenberg Self-Esteem Scale*

<b>Assinale o quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmativas</b>	<b>Discordo Plenamente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Plenamente</b>
1. De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeita comigo mesma.	0	1	2	3
2. Às vezes eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificada ou inferior em relação aos outros).	0	1	2	3
3. Eu sinto que eu tenho um tanto (número) de boas qualidades.	0	1	2	3
4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).	0	1	2	3
5. Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	0	1	2	3
6. Às vezes, eu realmente me sinto muito inútil (incapaz de fazer as coisas).	0	1	2	3
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.	0	1	2	3
8. Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesma.	0	1	2	3
9. Quase sempre eu estou inclinada a achar que sou uma fracassada.	0	1	2	3
10. Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos, e sentimentos positivos) em relação a mim mesma.	0	1	2	3



**ANEXO XXIV*****Beck Depression Inventory***

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 irrita 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 XXV

## Análise Fatorial Exploratória - Gestantes

1ª rodada:

Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,935
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox. df	12078,342 903
	Sig.	,000

a. GRUPO = 2,00

Comunalidades<sup>a</sup>

	Inicial	Extração
GE1	1,000	,757
GE2	1,000	,679
GE3	1,000	,496
GE4	1,000	,734
GE5	1,000	,659
GE6	1,000	,767
GE7	1,000	,636
GE8	1,000	,527
GE9	1,000	,570
GE10	1,000	,525
GE11	1,000	,476
GE12	1,000	,511
GE13	1,000	,435
GE14	1,000	,511
GE15	1,000	,348
GE16	1,000	,444
GE17	1,000	,597
GE18	1,000	,644
GE19	1,000	,547
GE20	1,000	,576
GE21	1,000	,459
GE22	1,000	,457
GE23	1,000	,666
GE24	1,000	,547
GE25	1,000	,423
GE26	1,000	,511
GE27	1,000	,631

GE28	1,000	,479
GE29	1,000	,498
GE30	1,000	,508
GE31	1,000	,571
GE32	1,000	,644
GE33	1,000	,667
GE34	1,000	,573
GE35	1,000	,537
GE36	1,000	,668
GE37	1,000	,509
GE38	1,000	,444
GE39	1,000	,668
GE40	1,000	,518
GE41	1,000	,505
GE42	1,000	,519
GE43	1,000	,634

Método de extração: análise do  
componente principal.

a. GRUPO = 2,00

Os itens assinalados foram excluídos para a próxima rodada.

2ª rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,929
Qui-quadrado aprox.	9352,092
Teste de esfericidade de Bartlett df	496
Sig.	,000

a. GRUPO = 2,00

**Comunalidades<sup>a</sup>**

	Inicial	Extração
GE1	1,000	,782
GE2	1,000	,705
GE4	1,000	,742
GE5	1,000	,715
GE6	1,000	,785
GE7	1,000	,706
GE8	1,000	,551
GE9	1,000	,592

GE10	1,000	,546
GE12	1,000	,506
GE14	1,000	,491
GE17	1,000	,661
GE18	1,000	,636
GE19	1,000	,675
GE20	1,000	,585
GE23	1,000	,693
GE24	1,000	,553
GE26	1,000	,548
GE27	1,000	,648
GE30	1,000	,554
GE31	1,000	,549
GE32	1,000	,664
GE33	1,000	,669
GE34	1,000	,576
GE35	1,000	,562
GE36	1,000	,657
GE37	1,000	,523
GE39	1,000	,679
GE40	1,000	,512
GE41	1,000	,517
GE42	1,000	,526
GE43	1,000	,657

Método de extração: análise do  
componente principal.

a. GRUPO = 2,00

Os itens assinalados foram excluídos para a próxima rodada.

3ª rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,927
Qui-quadrado aprox.	9002,340
Teste de esfericidade de Bartlett df	465
Sig.	,000

a. GRUPO = 2,00

O item 39 foi excluído, pois apresentou KMO individual = 0,596.

4ª rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,929
Qui-quadrado aprox.	8908,639
Teste de esfericidade de Bartlett df	435
Sig.	,000

a. GRUPO = 2,00

**Comunalidades<sup>a</sup>**

	Inicial	Extração
GE1	1,000	,784
GE2	1,000	,709
GE4	1,000	,735
GE5	1,000	,717
GE6	1,000	,785
GE7	1,000	,702
GE8	1,000	,505
GE9	1,000	,581
GE10	1,000	,558
GE12	1,000	,448
GE17	1,000	,575
GE18	1,000	,593
GE19	1,000	,555
GE20	1,000	,564
GE23	1,000	,691
GE24	1,000	,578
GE26	1,000	,508
GE27	1,000	,645
GE30	1,000	,606
GE31	1,000	,494
GE32	1,000	,663
GE33	1,000	,651
GE34	1,000	,592
GE35	1,000	,570
GE36	1,000	,654
GE37	1,000	,504
GE40	1,000	,486
GE41	1,000	,495
GE42	1,000	,572
GE43	1,000	,642

Método de extração: análise do  
componente principal.

a. GRUPO = 2,00

Os itens assinalados foram excluídos para a próxima rodada.

5ª rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,917
Qui-quadrado aprox.	7456,453
Teste de esfericidade de Bartlett df	325
Sig.	,000

a. GRUPO = 2,00

**Comunalidades<sup>a</sup>**

	Inicial	Extração
GE1	1,000	,790
GE2	1,000	,718
GE4	1,000	,744
GE5	1,000	,710
GE6	1,000	,788
GE7	1,000	,640
GE8	1,000	,478
GE9	1,000	,583
GE10	1,000	,551
GE17	1,000	,575
GE18	1,000	,571
GE19	1,000	,363
GE20	1,000	,533
GE23	1,000	,669
GE24	1,000	,507
GE26	1,000	,504
GE27	1,000	,632
GE30	1,000	,466
GE32	1,000	,691
GE33	1,000	,654
GE34	1,000	,562
GE35	1,000	,538
GE36	1,000	,692
GE37	1,000	,497



GE42	1,000	,580
GE43	1,000	,579

Método de extração: análise do  
componente principal.

a. GRUPO = 2,00

Os itens assinalados foram excluídos para a próxima rodada.

6ª rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,908
Qui-quadrado aprox.	6594,983
Teste de esfericidade de Bartlett df	231
Sig.	,000

a. GRUPO = 2,00

**Comunalidades<sup>a</sup>**

	Inicial	Extração
GE1	1,000	,793
GE2	1,000	,721
GE4	1,000	,747
GE5	1,000	,732
GE6	1,000	,789
GE7	1,000	,623
GE9	1,000	,587
GE10	1,000	,554
GE17	1,000	,602
GE18	1,000	,538
GE20	1,000	,522
GE23	1,000	,701
GE24	1,000	,586
GE26	1,000	,447
GE27	1,000	,637
GE32	1,000	,714
GE33	1,000	,661
GE34	1,000	,552
GE35	1,000	,534
GE36	1,000	,697
GE42	1,000	,508
GE43	1,000	,338

Método de extração: análise do  
componente principal.

a. GRUPO = 2,00

Os itens assinalados foram excluídos para a próxima rodada.

7ª rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,906
Qui-quadrado aprox.	6275,876
Teste de esfericidade de Bartlett df	190
Sig.	,000

a. GRUPO = 2,00

**Comunalidades<sup>a</sup>**

	Inicial	Extração
GE1	1,000	,793
GE2	1,000	,722
GE4	1,000	,747
GE5	1,000	,734
GE6	1,000	,788
GE7	1,000	,672
GE9	1,000	,586
GE10	1,000	,566
GE17	1,000	,690
GE18	1,000	,660
GE20	1,000	,514
GE23	1,000	,705
GE24	1,000	,575
GE27	1,000	,640
GE32	1,000	,727
GE33	1,000	,676
GE34	1,000	,581
GE35	1,000	,641
GE36	1,000	,696
GE42	1,000	,436

Método de extração: análise do  
componente principal.

a. GRUPO = 2,00

Os itens assinalados foram excluídos para a próxima rodada.

8ª rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,904
Qui-quadrado aprox.	6158,591
Teste de esfericidade de Bartlett df	171
Sig.	,000

a. GRUPO = 2,00

**Comunalidades<sup>a</sup>**

	Inicial	Extração
GE1	1,000	,793
GE2	1,000	,722
GE4	1,000	,745
GE5	1,000	,734
GE6	1,000	,788
GE7	1,000	,651
GE9	1,000	,569
GE10	1,000	,559
GE17	1,000	,688
GE18	1,000	,442
GE20	1,000	,504
GE23	1,000	,632
GE24	1,000	,455
GE27	1,000	,636
GE32	1,000	,716
GE33	1,000	,646
GE34	1,000	,474
GE35	1,000	,525
GE36	1,000	,703

Método de extração: análise do componente principal.

a. GRUPO = 2,00

Os itens assinalados foram excluídos para a próxima rodada.

9ª rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,907
Qui-quadrado aprox.	5527,129
Teste de esfericidade de Bartlett df	120
Sig.	,000

a. GRUPO = 2,00

**Comunalidades<sup>a</sup>**

	Inicial	Extração
GE1	1,000	,784
GE2	1,000	,720
GE4	1,000	,732
GE5	1,000	,720
GE6	1,000	,776
GE7	1,000	,685
GE9	1,000	,548
GE10	1,000	,304
GE17	1,000	,675
GE20	1,000	,511
GE23	1,000	,680
GE27	1,000	,638
GE32	1,000	,725
GE33	1,000	,668
GE35	1,000	,301
GE36	1,000	,698

Método de extração: análise do componente principal.

a. GRUPO = 2,00

Os itens assinalados foram excluídos para a próxima rodada.

10ª rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,902
---	------

Qui-quadrado aprox.	5200,956
Teste de esfericidade de Bartlett df	91
Sig.	,000

a. GRUPO = 2,00

Os itens 17 e 23 foram excluídos por apresentarem KMO individuais menores que 0,6 (0,492 e 0,564, respectivamente).

11ª rodada (melhor ajuste):

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,918
Qui-quadrado aprox.	4927,759
Teste de esfericidade de Bartlett df	66
Sig.	,000

a. GRUPO = 2,00

**Matrizes anti-imagem<sup>a</sup>**

	GE1	GE2	GE4	GE5	GE6	GE7	GE9	GE20	GE27	GE32	GE33	GE36
Correlação anti-imagem	<b>,912<sup>b</sup></b>	-,339	-,243	,005	-,328	,060	-,078	-,003	-,118	,036	-,002	-,053
	-,339	<b>,936<sup>b</sup></b>	-,080	-,004	-,102	-,105	-,060	-,160	-,161	-,008	-,060	,056
	-,243	-,080	<b>,934<sup>b</sup></b>	,048	-,344	-,039	-,093	-,094	-,066	-,017	,026	-,054
	,005	-,004	,048	<b>,789<sup>b</sup></b>	-,058	-,354	-,045	-,047	-,029	-,036	,022	,039
	-,328	-,102	-,344	-,058	<b>,914<sup>b</sup></b>	-,121	-,180	-,038	-,035	,064	-,082	,011
	,060	-,105	-,039	-,354	-,121	<b>,834<sup>b</sup></b>	,027	-,129	,121	-,042	-,025	-,075
	-,078	-,060	-,093	-,045	-,180	,027	<b>,966<sup>b</sup></b>	-,058	-,101	-,029	-,066	,041
	-,003	-,160	-,094	-,047	-,038	-,129	-,058	<b>,958<sup>b</sup></b>	-,174	-,070	-,034	-,014
	-,118	-,161	-,066	-,029	-,035	,121	-,101	-,174	<b>,946<sup>b</sup></b>	-,076	-,134	-,155
	,036	-,008	-,017	-,036	,064	-,042	-,029	-,070	-,076	<b>,860<sup>b</sup></b>	-,280	-,335
	-,002	-,060	,026	,022	-,082	-,025	-,066	-,034	-,134	-,280	<b>,917<sup>b</sup></b>	-,252
	-,053	,056	-,054	,039	,011	-,075	,041	-,014	-,155	-,335	-,252	<b>,879<sup>b</sup></b>

a. GRUPO = 2,00

b. Medidas de adequação de amostragem (MSA)

**Comunalidades<sup>a</sup>**

	Inicial	Extração
GE1	1,000	,798

GE2	1,000	,723
GE4	1,000	,744
GE5	1,000	,734
GE6	1,000	,788
GE7	1,000	,689
GE9	1,000	,548
GE20	1,000	,509
GE27	1,000	,636
GE32	1,000	,727
GE33	1,000	,661
GE36	1,000	,699

Método de extração: análise do componente principal.

a. GRUPO = 2,00

**Matriz de componente rotativa<sup>a,b</sup>**

	Componente		
	1	2	3
GE1	,871	,175	,090
GE2	,811	,197	,165
GE4	,836	,179	,115
GE5	,104	,030	,850
GE6	,854	,153	,191
GE7	,223	,152	,785
GE9	,717	,158	,093
GE20	,599	,293	,254
GE27	,663	,442	,023
GE32	,115	,837	,115
GE33	,352	,729	,070
GE36	,222	,804	,064

Método de extração: Análise do Componente principal.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.

a. GRUPO = 2,00

b. Rotação convergida em 5 iterações.

**ANEXO XXVI**

## Análise Fatorial Confirmatória - Gestantes

DATE: 4/14/2017

TIME: 14:49

L I S R E L 8.51

BY

Karl G. Jöreskog &amp; Dag Sörbom

This program is published exclusively by

Scientific Software International, Inc.

7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100

Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2001

Use of this program is subject to the terms specified in the

Universal Copyright Convention.

Website: [www.ssicentral.com](http://www.ssicentral.com)

The following lines were read from file C:\Users\clari\Desktop\EAGE\MODELO 1.spj:

! EAGE

Observed variables: EAGE1 - EAGE43

Correlation matrix from file EAGE

Sample size: 454

Latent Variables: AC AG

Relationships:

EAGE1 EAGE2 EAGE4 EAGE6 EAGE9 EAGE20 EAGE27=AC

EAGE32 EAGE33 EAGE36=AG

Options: ND=3 RS ME=UL IT=500 MI

path diagram

End of problem

Sample Size = 454

! EAGE

Correlation Matrix

	EAGE1	EAGE2	EAGE4	EAGE6	EAGE9	EAGE20
EAGE1	1.000					
EAGE2	0.672	1.000				
EAGE4	0.710	0.616	1.000			
EAGE6	0.720	0.634	0.743	1.000		
EAGE9	0.541	0.520	0.561	0.626	1.000	
EAGE20	0.354	0.355	0.396	0.391	0.378	1.000
EAGE27	0.450	0.427	0.491	0.465	0.476	0.379
EAGE32	0.214	0.272	0.289	0.271	0.223	0.250
EAGE33	0.372	0.363	0.386	0.403	0.334	0.222
EAGE36	0.263	0.317	0.256	0.257	0.230	0.286

Correlation Matrix



	EAGE27	EAGE32	EAGE33	EAGE36
EAGE27	1.000			
EAGE32	0.280	1.000		
EAGE33	0.435	0.421	1.000	
EAGE36	0.393	0.441	0.403	1.000

! EAGE

Number of Iterations = 5

LISREL Estimates (Unweighted Least Squares)

#### Measurement Equations

EAGE1 = 0.801\*AC, Errorvar.= 0.358 , R<sup>2</sup> = 0.642

(0.0261) (0.0788)

30.637 4.548

EAGE2 = 0.756\*AC, Errorvar.= 0.429 , R<sup>2</sup> = 0.571

(0.0255) (0.0767)

29.658 5.587

EAGE4 = 0.824\*AC, Errorvar.= 0.320 , R<sup>2</sup> = 0.680

(0.0263) (0.0794)

31.350 4.037

EAGE6 = 0.841\*AC, Errorvar.= 0.292 , R<sup>2</sup> = 0.708

(0.0266) (0.0802)

31.676 3.643

EAGE9 = 0.699\*AC, Errorvar.= 0.511 , R<sup>2</sup> = 0.489

(0.0251) (0.0752)

27.880 6.798

EAGE20 = 0.504\*AC, Errorvar.= 0.746 , R<sup>2</sup> = 0.254

(0.0240) (0.0706)

21.021 10.553

EAGE27 = 0.639\*AC, Errorvar.= 0.591 , R<sup>2</sup> = 0.409

(0.0249) (0.0735)

25.624 8.042

EAGE32 = 0.578\*AG, Errorvar.= 0.666 , R<sup>2</sup> = 0.334

(0.0335) (0.0771)

17.275 8.641

EAGE33 = 0.752\*AG, Errorvar.= 0.435 , R<sup>2</sup> = 0.565

(0.0370) (0.0857)

20.349 5.073

EAGE36 = 0.609\*AG, Errorvar.= 0.629 ,  $R^2 = 0.371$

(0.0339)      (0.0784)

17.966      8.014

#### Correlation Matrix of Independent Variables

	AC	AG
AC	1.000	
AG	0.633	1.000
	(0.030)	
	20.961	

#### Goodness of Fit Statistics

W\_A\_R\_N\_I\_N\_G: Chi-square, standard errors, t-values and standardized residuals are calculated under the assumption of multivariate normality.

Degrees of Freedom = 34

Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 137.456 (P = 0.00)

Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 103.456

90 Percent Confidence Interval for NCP = (71.063 ; 143.413)

Minimum Fit Function Value = 0.123

Population Discrepancy Function Value (F0) = 0.228

90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.157 ; 0.317)

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.0790

90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.0679 ; 0.0965)

P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.000143

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 0.396

90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.325 ; 0.484)

ECVI for Saturated Model = 0.243

ECVI for Independence Model = 8.559

Chi-Square for Independence Model with 45 Degrees of Freedom = 3857.402

Independence AIC = 3877.402

Model AIC = 179.456

Saturated AIC = 110.000

Independence CAIC = 3928.583

Model CAIC = 286.936

Saturated CAIC = 391.495

Normed Fit Index (NFI) = 0.986

Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.992

Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.745

Comparative Fit Index (CFI) = 0.994

Incremental Fit Index (IFI) = 0.994

Relative Fit Index (RFI) = 0.981

Critical N (CN) = 455.266

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.0474

Standardized RMR = 0.0474

Goodness of Fit Index (GFI) = 0.991

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.985

Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.613

! EAGE

#### Fitted Covariance Matrix

	EAGE1	EAGE2	EAGE4	EAGE6	EAGE9	EAGE20
EAGE1	1.000					
EAGE2	0.606	1.000				
EAGE4	0.660	0.623	1.000			
EAGE6	0.674	0.636	0.694	1.000		
EAGE9	0.560	0.529	0.577	0.588	1.000	
EAGE20	0.404	0.381	0.416	0.424	0.353	1.000
EAGE27	0.512	0.483	0.527	0.538	0.447	0.322
EAGE32	0.293	0.277	0.302	0.308	0.256	0.185
EAGE33	0.382	0.360	0.393	0.401	0.333	0.240
EAGE36	0.309	0.292	0.318	0.325	0.270	0.195

## Fitted Covariance Matrix

	EAGE27	EAGE32	EAGE33	EAGE36
EAGE27	1.000			
EAGE32	0.234	1.000		
EAGE33	0.304	0.435	1.000	
EAGE36	0.247	0.352	0.458	1.000

## Fitted Residuals

	EAGE1	EAGE2	EAGE4	EAGE6	EAGE9	EAGE20
EAGE1	0.000					
EAGE2	0.067	0.000				
EAGE4	0.050	-0.007	0.000			
EAGE6	0.046	-0.002	0.050	0.000		
EAGE9	-0.019	-0.009	-0.016	0.037	0.000	
EAGE20	-0.050	-0.026	-0.020	-0.033	0.025	0.000
EAGE27	-0.062	-0.057	-0.036	-0.073	0.029	0.056
EAGE32	-0.079	-0.005	-0.013	-0.037	-0.033	0.065
EAGE33	-0.010	0.003	-0.006	0.002	0.000	-0.018
EAGE36	-0.046	0.025	-0.063	-0.068	-0.040	0.091

## Fitted Residuals

	EAGE27	EAGE32	EAGE33	EAGE36
EAGE27	0.000			
EAGE32	0.046	0.000		
EAGE33	0.131	-0.014	0.000	
EAGE36	0.147	0.089	-0.056	0.000

#### Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.079

Median Fitted Residual = 0.000

Largest Fitted Residual = 0.147

#### Stemleaf Plot

```

-6|93832
-4|76060
-2|763360
-0|986430976520000000000000
0|23
2|5597
4|66006
6|57
8|91
10|
12|1
14|7

```

## Standardized Residuals

	EAGE1	EAGE2	EAGE4	EAGE6	EAGE9	EAGE20
EAGE1	--					
EAGE2	1.743	0.000				
EAGE4	1.331	-0.186	--			
EAGE6	1.239	-0.050	1.361	--		
EAGE9	-0.486	-0.223	-0.404	0.965	--	
EAGE20	-1.216	-0.625	-0.484	-0.809	0.587	--
EAGE27	-1.561	-1.398	-0.921	-1.860	0.702	1.321
EAGE32	-1.853	-0.105	-0.309	-0.873	-0.749	1.448
EAGE33	-0.232	0.072	-0.153	0.053	0.011	-0.408
EAGE36	-1.081	0.582	-1.479	-1.618	-0.931	2.046

## Standardized Residuals

	EAGE27	EAGE32	EAGE33	EAGE36
EAGE27	--			
EAGE32	1.049	0.000		
EAGE33	3.053	-0.414	0.000	
EAGE36	3.357	2.431	-1.733	0.000

## Summary Statistics for Standardized Residuals



Smallest Standardized Residual = -1.860

Median Standardized Residual = 0.000

Largest Standardized Residual = 3.357

Stemleaf Plot

- 1|997665421

- 0|9998765544432222110000000000

0|11667

1|00233447

2|04

3|14

Largest Positive Standardized Residuals

Residual for EAGE33 and EAGE27 3.053

Residual for EAGE36 and EAGE27 3.357

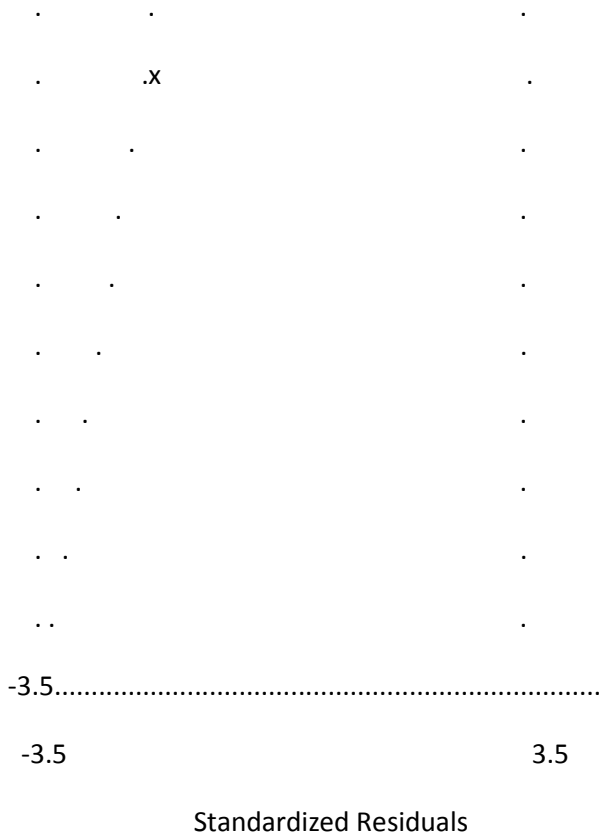
! EAGE

Qplot of Standardized Residuals

3.5.....



. . .  
 . . .  
 . . .  
 . . . x.  
 . . .  
 . . . x .  
 . . . x .  
 . . . x .  
 N . . . x x .  
 o . . . x .  
 r . . . x\* .  
 m . . . \* .  
 a . . . xx .  
 l . . . \* . x .  
 . . . xxx .  
 Q . . . x\* .  
 u . . . xx .  
 a . . . x .  
 n . . . x\* .  
 t . . . xx .  
 i . . . \* .  
 l . . . xx x .  
 e . . . x .  
 s . . . xx .  
 . . . x .  
 . . . x .  
 . . . x .



! EAGE

Modification Indices and Expected Change

The Modification Indices Suggest to Add the

Path to	from	Decrease in Chi-Square	New Estimate
EAGE27	AG	30.3	0.52

Modification Indices for LAMBDA-X

	AC	AG
EAGE1	--	3.246

EAGE2	--	0.110
EAGE4	--	1.330
EAGE6	--	2.027
EAGE9	--	0.877
EAGE20	--	3.105
EAGE27	--	30.258
EAGE32	2.649	--
EAGE33	--	--
EAGE36	0.192	--

Expected Change for LAMBDA-X

	AC	AG
	-----	-----
EAGE1	--	-0.147
EAGE2	--	0.027
EAGE4	--	-0.097
EAGE6	--	-0.122
EAGE9	--	-0.075
EAGE20	--	0.144
EAGE27	--	0.521
EAGE32	-0.140	--
EAGE33	--	--
EAGE36	-0.046	--

No Non-Zero Modification Indices for PHI

## The Modification Indices Suggest to Add an Error Covariance

Between and Decrease in Chi-Square New Estimate

EAGE33	EAGE27	9.3	0.16
EAGE36	EAGE27	11.3	0.17

## Modification Indices for THETA-DELTA

	EAGE1	EAGE2	EAGE4	EAGE6	EAGE9	EAGE20
EAGE1	--					
EAGE2	3.038	--				
EAGE4	1.773	0.034	--			
EAGE6	1.534	0.003	1.853	--		
EAGE9	0.236	0.050	0.163	0.932	--	
EAGE20	1.479	0.390	0.234	0.654	0.344	--
EAGE27	2.436	1.955	0.848	3.459	0.493	1.746
EAGE32	3.435	0.011	0.095	0.761	0.561	2.096
EAGE33	0.054	0.005	0.023	0.003	0.000	0.166
EAGE36	1.169	0.339	2.187	2.618	0.867	4.185

## Modification Indices for THETA-DELTA

	EAGE27	EAGE32	EAGE33	EAGE36
EAGE27	--			
EAGE32	1.100	--		
EAGE33	9.320	0.171	--	

EAGE36 11.271 5.910 3.004 --

Expected Change for THETA-DELTA

	EAGE1	EAGE2	EAGE4	EAGE6	EAGE9	EAGE20
EAGE1	--					
EAGE2	0.100	--				
EAGE4	0.079	-0.011	--			
EAGE6	0.074	-0.003	0.082	--		
EAGE9	-0.027	-0.012	-0.023	0.055	--	
EAGE20	-0.065	-0.033	-0.026	-0.044	0.031	--
EAGE27	-0.086	-0.076	-0.051	-0.104	0.038	0.068
EAGE32	-0.096	-0.005	-0.016	-0.045	-0.038	0.071
EAGE33	-0.012	0.004	-0.008	0.003	0.001	-0.020
EAGE36	-0.056	0.030	-0.077	-0.085	-0.047	0.101

Expected Change for THETA-DELTA

	EAGE27	EAGE32	EAGE33	EAGE36
EAGE27	--			
EAGE32	0.053	--		
EAGE33	0.158	-0.028	--	
EAGE36	0.170	0.146	-0.119	--

Maximum Modification Index is 30.26 for Element ( 7, 2) of LAMBDA-X

Time used: 0.078 Seconds

**ANEXO XXVII****Análise Fatorial Exploratória - Mulheres no Pós-Parto**

1ª Rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,850
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox.	3749,656
	df	1035
	Sig.	,000

a. GRUPO112 = 1,00

Os itens 5, 32 e 36 foram excluídos por apresentarem KMO individual inadequado.

2ª Rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,867
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox.	3521,825
	df	903
	Sig.	,000

a. GRUPO112 = 1,00

Todos os itens apresentaram KMO individual adequados.

**Comunalidades<sup>a</sup>**

	Inicial	Extração
PP1	1,000	,737
PP2	1,000	,693
PP3	1,000	,591
PP4	1,000	,724
PP6	1,000	,757
PP7	1,000	,498
PP8	1,000	,558
PP9	1,000	,571
PP10	1,000	,704
PP11	1,000	,582
PP12	1,000	,582
PP13	1,000	,656
PP14	1,000	,579



PP15	1,000	,583
PP16	1,000	,674
PP17	1,000	,574
PP18	1,000	,632
PP19	1,000	,609
PP20	1,000	,665
PP21	1,000	,604
PP22	1,000	,654
PP23	1,000	,623
PP24	1,000	,674
PP25	1,000	,627
PP26	1,000	,679
PP27	1,000	,731
PP28	1,000	,696
PP29	1,000	,607
PP30	1,000	,445
PP31	1,000	,572
PP33	1,000	,602
PP34	1,000	,533
PP35	1,000	,701
PP37	1,000	,634
PP38	1,000	,534
PP39	1,000	,637
PP40	1,000	,627
PP41	1,000	,592
PP42	1,000	,595
PP43	1,000	,613
PP44	1,000	,593
PP45	1,000	,658
PP46	1,000	,629

Método de extração: análise do componente principal.

a. GRUPO112 = 1,00

Os itens assinalados foram excluídos para a próxima rodada.

3ª Rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,865
Teste de esfericidade de	Qui-quadrado aprox.	3328,759
Bartlett	df	820

Sig.	.000
------	------

a. GRUPO112 =1,00

Todos os itens apresentaram KMO individual adequados.

<b>Comunalidades<sup>a</sup></b>		
	Inicial	Extração
PP1	1,000	,749
PP2	1,000	,711
PP3	1,000	,599
PP4	1,000	,726
PP6	1,000	,761
PP8	1,000	,545
PP9	1,000	,576
PP10	1,000	,706
PP11	1,000	,576
PP12	1,000	,585
PP13	1,000	,661
PP14	1,000	,589
PP15	1,000	,588
PP16	1,000	,689
PP17	1,000	,592
PP18	1,000	,627
PP19	1,000	,613
PP20	1,000	,696
PP21	1,000	,558
PP22	1,000	,644
PP23	1,000	,649
PP24	1,000	,697
PP25	1,000	,624
PP26	1,000	,677
PP27	1,000	,729
PP28	1,000	,694
PP29	1,000	,636
PP31	1,000	,570
PP33	1,000	,607
PP34	1,000	,551
PP35	1,000	,693
PP37	1,000	,638
PP38	1,000	,535
PP39	1,000	,639
PP40	1,000	,635
PP41	1,000	,608

PP42	1,000	,609
PP43	1,000	,626
PP44	1,000	,603
PP45	1,000	,654
PP46	1,000	,634

Método de extração: análise do  
componente principal.

a. GRUPO112 = 1,00

**Matriz de componente rotativa<sup>a,b</sup>**

	Componente										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
PP1	,815	,016	,100	,207	,076	-,056	,086	-,085	,062	,070	,007
PP2	,767	,143	,113	,197	-,088	,081	-,118	-,004	,078	,078	,101
PP3	,520	-,247	,108	,295	,111	-,098	-,258	-,061	-,052	,175	-,209
PP4	,803	-,017	,019	,229	,061	-,008	,122	,041	,044	,049	,065
PP6	,842	,048	,045	,131	,054	,027	,104	,046	,061	,090	-,037
PP8	,181	,165	,134	,209	,191	,427	,065	,071	,436	-,059	-,045
PP9	,694	,121	-,075	-,049	,087	,001	,122	-,101	,157	,064	-,102
PP10	,274	,094	,180	,115	,029	,039	-,046	-,007	,734	,076	,165
PP11	,436	,306	-,007	,135	,155	,395	-,059	,112	,247	,060	,115
PP12	,643	,158	,151	,029	,035	,296	-,125	,055	-,018	,001	,120
PP13	,032	,042	,279	,131	-,082	,102	,697	,045	,135	,025	,197
PP14	,404	,160	,003	,548	,215	,113	,042	-,020	,167	-,002	,104
PP15	,212	,055	-,056	,122	,133	,664	,203	-,049	-,012	,121	,071
PP16	,514	-,027	,033	,059	-,057	,102	,315	,167	,466	-,148	-,198
PP17	,061	,546	,227	-,005	-,060	,040	-,059	,458	-,076	,109	-,050
PP18	,035	,134	,296	-,119	,055	,016	,170	,624	-,257	-,106	-,087
PP19	,008	-,066	,019	-,037	-,103	,038	,036	-,723	-,256	-,046	,057
PP20	,580	,162	,077	,062	-,178	,345	,014	-,129	,158	-,004	,362
PP21	-,385	,069	-,038	,107	,103	-,035	,110	,449	-,111	,362	,153
PP22	,235	-,097	,110	-,126	,058	,148	,046	-,138	,143	,079	,692
PP23	-,002	,751	-,035	,147	,183	,078	,109	,089	,042	,035	,003
PP24	,018	,505	,110	,443	,240	-,023	,156	-,062	,065	-,377	-,002
PP25	,038	,058	,663	,347	,070	-,055	,109	-,025	-,160	,003	,110
PP26	,290	-,001	,038	,704	,008	,137	,221	-,049	,092	,080	-,101
PP27	,654	-,004	-,075	,102	,249	,433	,027	-,041	-,002	,081	,165
PP28	,189	,251	,120	,100	,097	,116	,655	,125	-,274	,140	-,094
PP29	,175	,121	,172	,063	,032	,126	,070	,055	-,019	,729	-,013
PP31	,253	,137	,029	,111	,394	,084	,186	-,004	,234	,421	,212
PP33	,114	,600	,348	-,079	-,012	,108	,135	,127	,087	,227	-,041
PP34	-,014	,352	,041	-,063	,092	,027	,407	-,210	,137	,356	-,239

PP35	,034	,082	,174	-,023	,785	,074	-,031	,110	-,069	-,023	,121
PP37	,222	-,039	,394	,035	-,073	,400	-,042	-,166	,109	,126	-,457
PP38	,098	,084	,600	,096	,210	,101	,027	,073	,191	,218	,075
PP39	,345	,259	,205	,172	,479	,133	,071	-,024	,093	,169	-,302
PP40	,181	,249	-,178	,041	,377	-,191	,215	,289	,092	,298	-,318
PP41	,610	-,227	-,026	,026	,153	,235	,210	,168	,095	-,100	-,114
PP42	,209	,420	-,072	,097	,253	-,292	,336	-,012	,257	,181	-,112
PP43	-,027	,098	,695	-,089	,161	-,077	,192	,153	,165	-,025	-,065
PP44	,145	,082	,321	,151	,560	,304	-,025	,069	,152	,068	-,104
PP45	,599	-,003	-,045	,138	,206	,444	,019	-,031	,100	,125	,086
PP46	,319	,083	,180	,669	-,024	,118	-,059	,083	,047	,068	-,117

Método de extração: Análise do Componente principal.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.

a. GRUPO112 = 1,00

b. Rotação convergida em 37 iterações.

Os itens 19, 22 e 40 foram excluídos para a próxima rodada.

4ª rodada:

#### Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,870
Qui-quadrado aprox.		3107,542
Teste de esfericidade de	df	703
Bartlett	Sig.	,000

a. GRUPO112 = 1,00

Todos os itens apresentaram KMO individual adequados.

#### Comunalidades<sup>a</sup>

	Inicial	Extração
PP1	1,000	,742
PP2	1,000	,713
PP3	1,000	,618
PP4	1,000	,737
PP6	1,000	,761
PP8	1,000	,500
PP9	1,000	,549
PP10	1,000	,677
PP11	1,000	,583
PP12	1,000	,571
PP13	1,000	,659

PP14	1,000	,586
PP15	1,000	,639
PP16	1,000	,640
PP17	1,000	,619
PP18	1,000	,634
PP20	1,000	,697
PP21	1,000	,505
PP23	1,000	,652
PP24	1,000	,659
PP25	1,000	,626
PP26	1,000	,609
PP27	1,000	,722
PP28	1,000	,682
PP29	1,000	,611
PP31	1,000	,625
PP33	1,000	,593
PP34	1,000	,618
PP35	1,000	,629
PP37	1,000	,590
PP38	1,000	,545
PP39	1,000	,591
PP41	1,000	,631
PP42	1,000	,648
PP43	1,000	,613
PP44	1,000	,610
PP45	1,000	,658
PP46	1,000	,587

Método de extração: análise do  
componente principal.

a. GRUPO112 = 1,00

**Matriz de componente rotativa<sup>a,b</sup>**

	Componente									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PP1	,826	,149	,034	-,042	,097	,000	,124	,089	,045	,019
PP2	,755	,134	-,104	,124	,017	,179	,154	,162	-,122	,038
PP3	,544	,129	,108	-,189	,071	-,103	,211	-,196	-,333	,221
PP4	,832	,150	,038	-,018	,036	,042	,067	,034	,099	-,040
PP6	,847	,087	,049	,063	,123	,051	,043	,041	,074	,063
PP8	,196	,222	,331	,099	,031	,280	,066	,406	,143	,154
PP9	,661	,020	,039	,016	,217	,026	-,141	,159	,072	,111
PP10	,296	,079	,071	-,024	,071	,033	,172	,734	,016	,058

PP11	,422	,162	,189	,231	,050	,424	-,004	,325	-,026	-,028
PP12	,610	,015	,094	,246	-,077	,305	,089	,099	-,080	,080
PP13	,054	,116	-,073	,013	,144	,131	,283	,130	,704	-,081
PP14	,444	,532	,166	-,048	,065	,178	,104	,150	-,007	-,082
PP15	,179	,098	,151	-,043	,141	,715	,017	-,019	,181	,086
PP16	,511	,102	,057	,063	,024	-,055	-,087	,275	,383	,357
PP17	,045	,086	,044	,762	,101	-,011	,113	-,019	-,039	-,036
PP18	,041	-,110	,216	,585	-,167	-,126	,159	-,281	,287	-,022
PP20	,529	,059	-,205	,072	-,049	,499	,089	,322	,047	,029
PP21	-,255	-,082	,151	,200	,103	-,018	,160	-,129	,091	-,556
PP23	-,046	,424	,122	,538	,296	,130	-,144	,158	,024	-,124
PP24	-,020	,730	,158	,232	-,025	-,018	-,009	,156	,146	,012
PP25	,030	,269	,033	,071	-,029	,030	,726	-,036	,126	-,028
PP26	,370	,593	,037	-,143	,156	,102	,184	-,079	,127	,090
PP27	,646	,051	,264	-,024	,014	,476	-,060	,035	,011	,013
PP28	,181	,167	,066	,237	,351	,147	,104	-,291	,559	-,085
PP29	,219	-,126	,061	,129	,611	,190	,301	-,095	-,105	-,083
PP31	,320	,025	,356	-,041	,409	,160	,108	,261	,086	-,337
PP33	,072	,054	,046	,584	,377	,077	,196	,210	,104	,009
PP34	-,064	,108	,032	,104	,714	,033	-,052	,047	,211	,174
PP35	,024	,073	,763	,092	,023	,041	,056	-,016	-,030	-,162
PP37	,170	-,014	,103	,042	,195	,184	,297	,005	-,036	,623
PP38	,106	-,006	,286	,152	,146	,074	,577	,254	,061	,026
PP39	,315	,262	,466	,139	,359	,073	,145	,051	-,011	,170
PP41	,628	-,030	,280	-,024	-,099	,080	-,107	-,061	,265	,234
PP42	,230	,277	,164	,172	,497	-,292	-,154	,216	,194	-,144
PP43	-,052	-,053	,261	,272	,047	-,213	,521	,204	,285	,153
PP44	,145	,157	,653	,106	,096	,167	,236	,127	-,005	,134
PP45	,590	,076	,238	-,044	,094	,470	-,018	,079	-,003	,096
PP46	,375	,548	,027	,060	,030	,092	,319	-,064	-,101	,128

Método de extração: Análise do Componente principal.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.

a. GRUPO112 = 1,00

b. Rotação convergida em 23 iterações.

Os itens 8, 11, 21, 31 e 39 foram excluídos para a próxima rodada.

5ª rodada:

#### Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,858
Teste de esfericidade de Qui-quadrado aprox.	2592,072

Bartlett	df	528
	Sig.	,000

a. GRUPO112 = 1,00

Todos os itens apresentaram KMO individual adequados.

**Comunalidades<sup>a</sup>**

	Inicial	Extração
PP1	1,000	,713
PP2	1,000	,714
PP3	1,000	,654
PP4	1,000	,710
PP6	1,000	,750
PP9	1,000	,559
PP10	1,000	,706
PP12	1,000	,555
PP13	1,000	,635
PP14	1,000	,573
PP15	1,000	,636
PP16	1,000	,577
PP17	1,000	,621
PP18	1,000	,619
PP20	1,000	,704
PP23	1,000	,656
PP24	1,000	,646
PP25	1,000	,601
PP26	1,000	,619
PP27	1,000	,735
PP28	1,000	,704
PP29	1,000	,631
PP33	1,000	,587
PP34	1,000	,635
PP35	1,000	,694
PP37	1,000	,395
PP38	1,000	,544
PP41	1,000	,610
PP42	1,000	,642
PP43	1,000	,610
PP44	1,000	,598
PP45	1,000	,663
PP46	1,000	,590

Método de extração: análise do componente principal.

a. GRUPO112 = 1,00

O item 37 foi excluído para a próxima rodada devido a baixa comunalidade.

6ª rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,857
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox.	2552,363
	df	496
	Sig.	,000

a. GRUPO112 = 1,00

Todos os itens apresentaram KMO individual adequados.

**Comunalidades<sup>a</sup>**

	Inicial	Extração
PP1	1,000	,717
PP2	1,000	,714
PP3	1,000	,666
PP4	1,000	,708
PP6	1,000	,750
PP9	1,000	,560
PP10	1,000	,711
PP12	1,000	,556
PP13	1,000	,639
PP14	1,000	,568
PP15	1,000	,636
PP16	1,000	,580
PP17	1,000	,623
PP18	1,000	,623
PP20	1,000	,702
PP23	1,000	,686
PP24	1,000	,652
PP25	1,000	,643
PP26	1,000	,616
PP27	1,000	,737
PP28	1,000	,703
PP29	1,000	,649
PP33	1,000	,584
PP34	1,000	,644
PP35	1,000	,688



PP38	1,000	,582
PP41	1,000	,618
PP42	1,000	,640
PP43	1,000	,609
PP44	1,000	,596
PP45	1,000	,667
PP46	1,000	,587

Método de extração: análise do  
componente principal.

a. GRUPO112 = 1,00

Matriz de componente rotativa<sup>a,b</sup>

	Componente								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
PP1	,802	,220	,102	-,008	,073	,018	-,020	,042	,084
PP2	,729	,185	,084	,184	-,077	,168	-,119	,155	,185
PP3	,492	,230	,093	-,241	-,033	-,169	,091	-,063	,512
PP4	,808	,219	,045	-,004	,042	,045	-,010	-,031	,017
PP6	,841	,138	,051	,072	,094	,053	-,013	-,029	,057
PP9	,688	,016	-,093	,040	,252	,035	,020	,104	,012
PP10	,359	,083	,262	,053	,115	,036	,088	,673	-,169
PP12	,628	,041	,075	,223	-,133	,240	,117	,078	,098
PP13	,092	,131	,443	,015	,291	,257	-,144	-,145	-,474
PP14	,411	,560	,029	,046	,084	,171	,162	,137	,029
PP15	,226	,110	,031	-,013	,098	,732	,143	-,051	-,055
PP16	,624	,072	,129	-,026	,193	-,089	,017	,063	-,345
PP17	,052	,028	,174	,745	,021	-,063	,036	-,139	,093
PP18	,061	-,139	,275	,454	-,115	-,140	,198	-,479	-,129
PP20	,552	,079	,086	,130	-,083	,501	-,181	,273	-,031
PP23	-,040	,337	-,114	,663	,262	,112	,155	,050	-,100
PP24	-,013	,658	,028	,306	,064	-,009	,189	,082	-,277
PP25	-,022	,349	,691	,038	-,048	,090	-,020	-,108	,137
PP26	,348	,657	,104	-,096	,167	,100	,011	-,068	,025
PP27	,658	,098	-,086	,013	-,030	,449	,287	,016	,044
PP28	,180	,161	,210	,197	,445	,223	-,011	-,532	-,176
PP29	,175	-,063	,207	,197	,467	,232	,045	-,058	,505
PP33	,113	,007	,286	,609	,314	,088	,026	,104	-,028
PP34	-,022	,032	,088	,085	,784	,095	,045	,017	,030
PP35	,012	,071	,081	,096	,067	,037	,810	-,058	,038
PP38	,120	,037	,625	,141	,124	,118	,275	,193	,114
PP41	,698	-,009	,009	-,110	-,022	,055	,232	-,175	-,174
PP42	,229	,225	-,050	,247	,604	-,254	,136	,078	-,139

PP43	,011	-,037	,694	,196	,079	-,169	,170	,003	-,152
PP44	,192	,172	,303	,103	,059	,153	,625	,093	,026
PP45	,613	,106	-,016	-,025	,076	,437	,248	,049	,134
PP46	,344	,621	,211	,066	-,048	,027	,006	-,018	,177

Método de extração: Análise do Componente principal.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.

a. GRUPO112 = 1,00

b. Rotação convergida em 41 iterações.

Os itens 13, 18, 28 e 29 foram excluídos para a próxima rodada.

7ª rodada:

#### Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,866
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox.	2289,041
	df	378
	Sig.	,000

a. GRUPO112 = 1,00

Todos os itens apresentaram KMO individual adequados.

#### Comunalidades<sup>a</sup>

	Inicial	Extração
PP1	1,000	,719
PP2	1,000	,694
PP3	1,000	,551
PP4	1,000	,707
PP6	1,000	,752
PP9	1,000	,561
PP10	1,000	,512
PP12	1,000	,549
PP14	1,000	,567
PP15	1,000	,562
PP16	1,000	,527
PP17	1,000	,674
PP20	1,000	,702
PP23	1,000	,677
PP24	1,000	,558
PP25	1,000	,620
PP26	1,000	,625
PP27	1,000	,747

PP33	1,000	,596
PP34	1,000	,499
PP35	1,000	,664
PP38	1,000	,562
PP41	1,000	,524
PP42	1,000	,629
PP43	1,000	,628
PP44	1,000	,594
PP45	1,000	,655
PP46	1,000	,587

Método de extração: análise do componente principal.

a. GRUPO112 = 1,00

O item 34 foi excluído para a próxima rodada devido a baixa comunalidade.

8ª rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,867
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox.	2242,055
	df	351
	Sig.	,000

a. GRUPO112 = 1,00

Todos os itens apresentaram KMO individual adequados.

**Comunalidades<sup>a</sup>**

	Inicial	Extração
PP1	1,000	,718
PP2	1,000	,668
PP3	1,000	,619
PP4	1,000	,705
PP6	1,000	,752
PP9	1,000	,555
PP10	1,000	,656
PP12	1,000	,540
PP14	1,000	,574
PP15	1,000	,554
PP16	1,000	,547
PP17	1,000	,661

PP20	1,000	,702
PP23	1,000	,683
PP24	1,000	,586
PP25	1,000	,641
PP26	1,000	,618
PP27	1,000	,748
PP33	1,000	,593
PP35	1,000	,682
PP38	1,000	,557
PP41	1,000	,526
PP42	1,000	,619
PP43	1,000	,633
PP44	1,000	,598
PP45	1,000	,652
PP46	1,000	,607

Método de extração: análise do  
componente principal.

a. GRUPO112 = 1,00

**Matriz de componente rotativa<sup>a,b</sup>**

	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
PP1	,798	,221	,014	,080	,107	-,019	,116
PP2	,703	,188	,104	,286	,125	-,159	,062
PP3	,590	,240	-,259	-,128	,158	,081	-,313
PP4	,802	,215	,030	,095	,030	,004	,073
PP6	,835	,135	,114	,106	,055	-,003	,096
PP9	,683	,035	,126	,070	-,120	,049	,222
PP10	,251	,126	-,009	,193	,269	,006	,684
PP12	,598	,023	,150	,370	,133	,063	-,029
PP14	,370	,579	,045	,223	,048	,146	,165
PP15	,168	,128	,058	,688	,001	,177	,031
PP16	,537	,124	,021	-,031	,055	,008	,489
PP17	,085	-,023	,739	-,033	,228	,017	-,232
PP20	,470	,080	,065	,609	,104	-,223	,199
PP23	-,073	,333	,713	,122	-,095	,151	,110
PP24	-,079	,644	,317	,034	,044	,147	,200
PP25	-,013	,320	,019	,064	,725	-,028	-,090
PP26	,334	,700	-,027	,073	,070	,031	,065
PP27	,623	,105	,008	,508	-,084	,289	-,010
PP33	,108	,000	,687	,099	,287	,030	,128
PP35	,007	,073	,078	,049	,105	,811	,005
PP38	,102	,055	,121	,155	,640	,255	,177

PP41	,670	-,013	-,065	,079	-,025	,246	,068
PP42	,240	,250	,448	-,312	-,103	,203	,385
PP43	,013	-,088	,255	-,183	,689	,169	,153
PP44	,195	,154	,149	,162	,320	,621	,023
PP45	,575	,141	-,025	,490	,004	,236	,076
PP46	,371	,610	,061	,061	,239	-,009	-,181

Método de extração: Análise do Componente principal.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.

a. GRUPO112 = 1,00

b. Rotação convergida em 12 iterações.

Os itens 10, 15, 20, 35, 42 e 44 foram excluídos para a próxima rodada.

9ª Rodada:

#### Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,878
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox.	1749,626
	df	210
	Sig.	,000

a. GRUPO112 = 1,00

Todos os itens apresentaram KMO individual adequados.

#### Comunalidades<sup>a</sup>

	Inicial	Extração
PP1	1,000	,686
PP2	1,000	,598
PP3	1,000	,479
PP4	1,000	,679
PP6	1,000	,728
PP9	1,000	,506
PP12	1,000	,505
PP14	1,000	,563
PP16	1,000	,344
PP17	1,000	,486
PP23	1,000	,687
PP24	1,000	,590
PP25	1,000	,662
PP26	1,000	,605
PP27	1,000	,603
PP33	1,000	,605

PP38	1,000	,499
PP41	1,000	,479
PP43	1,000	,599
PP45	1,000	,526
PP46	1,000	,544

Método de extração: análise do componente principal.

a. GRUPO112 = 1,00

Os itens 3, 16, 17, 38 e 41 foram excluídos para a próxima rodada devido a baixa comunalidade.

10ª rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,884
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox.	1344,554
	df	120
	Sig.	,000

a. GRUPO112 = 1,00

O item 43 foi excluído por apresentar KMO individual inadequado.

11ª rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,892
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox.	1291,576
	df	105
	Sig.	,000

a. GRUPO112 = 1,00

Todos os itens apresentaram KMO individual adequados.

**Comunalidades<sup>a</sup>**

	Inicial	Extração
PP1	1,000	,700
PP2	1,000	,633
PP4	1,000	,710
PP6	1,000	,725
PP9	1,000	,556

PP12	1,000	,513
PP14	1,000	,546
PP23	1,000	,649
PP24	1,000	,577
PP25	1,000	,415
PP26	1,000	,586
PP27	1,000	,608
PP33	1,000	,618
PP45	1,000	,515
PP46	1,000	,507

Método de extração: análise do componente principal.

a. GRUPO112 = 1,00

O itens 25 foi excluído para a próxima rodada devido a baixa comunalidade.

12ª rodada:

**Teste de KMO e Bartlett<sup>a</sup>**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,899
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox.	1255,403
	df	91
	Sig.	,000

a. GRUPO112 = 1,00

		Matrizes anti-imagem <sup>a</sup>													
Correlação anti-imagem	PP1	<b>,924<sup>b</sup></b>	-,248	-,325	-,173	-,182	,014	,041	,054	-,067	-,096	-,034	-,036	-,075	-,015
	PP2	-,248	<b>,932<sup>b</sup></b>	-,043	-,166	-,056	-,263	-,159	-,035	,033	,026	-,009	,073	-,004	-,073
	PP4	-,325	-,043	<b>,918<sup>b</sup></b>	-,349	-,052	-,037	-,080	,118	-,042	-,001	-,101	,043	-,013	-,093
	PP6	-,173	-,166	-,349	<b>,920<sup>b</sup></b>	-,224	-,075	,034	-,070	,111	-,080	-,008	-,037	-,115	-,052
	PP9	-,182	-,056	-,052	-,224	<b>,937<sup>b</sup></b>	,046	-,082	-,002	-,009	,050	-,080	-,110	-,009	,106
	PP12	,014	-,263	-,037	-,075	,046	<b>,888<sup>b</sup></b>	,067	,103	-,082	,036	-,326	-,220	-,080	-,009
	PP14	,041	-,159	-,080	,034	-,082	,067	<b>,921<sup>b</sup></b>	-,072	-,153	-,224	-,140	-,007	-,119	-,107
	PP23	,054	-,035	,118	-,070	-,002	,103	-,072	<b>,652<sup>b</sup></b>	-,315	-,001	-,135	-,288	,013	-,020
	PP24	-,067	,033	-,042	,111	-,009	-,082	-,153	-,315	<b>,724<sup>b</sup></b>	-,151	,157	-,097	,009	-,111
	PP26	-,096	,026	-,001	-,080	,050	,036	-,224	-,001	-,151	<b>,889<sup>b</sup></b>	,034	,034	-,134	-,287
	PP27	-,034	-,009	-,101	-,008	-,080	-,326	-,140	-,135	,157	,034	<b>,885<sup>b</sup></b>	,097	-,348	-,114
	PP33	-,036	,073	,043	-,037	-,110	-,220	-,007	-,288	-,097	,034	,097	<b>,734<sup>b</sup></b>	-,005	-,058
	PP45	-,075	-,004	-,013	-,115	-,009	-,080	-,119	,013	,009	-,134	-,348	-,005	<b>,920<sup>b</sup></b>	,123
	PP46	-,015	-,073	-,093	-,052	,106	-,009	-,107	-,020	-,111	-,287	-,114	-,058	,123	<b>,894<sup>b</sup></b>

a. GRUPO112 = 1,00

b. Medidas de adequação de amostragem (MSA)

Todos os itens apresentaram KMO individual adequados.

Comunalidades <sup>a</sup>		
	Inicial	Extração
PP1	1,000	,701
PP2	1,000	,635
PP4	1,000	,709
PP6	1,000	,729
PP9	1,000	,522
PP12	1,000	,543
PP14	1,000	,563
PP23	1,000	,636
PP24	1,000	,605
PP26	1,000	,673
PP27	1,000	,591
PP33	1,000	,675
PP45	1,000	,516
PP46	1,000	,574

Método de extração: análise do  
componente principal.



a. GRUPO112 = 1,00

**Matriz de componente rotativa<sup>a,b</sup>**

	Componente		
	1	2	3
PP1	,790	,277	,014
PP2	,755	,254	,034
PP4	,786	,299	-,054
PP6	,823	,224	,030
PP9	,709	,027	,137
PP12	,712	,051	,181
PP14	,417	,606	,146
PP23	-,003	,198	,772
PP24	-,069	,532	,563
PP26	,263	,776	,031
PP27	,743	,193	,038
PP33	,217	-,086	,788
PP45	,685	,215	,022
PP46	,255	,709	,083

Método de extração: Análise do Componente principal.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.

a. GRUPO112 = 1,00

b. Rotação convergida em 5 iterações.

**ANEXO XXVIII**

Análise Fatorial Confirmatória – Mulheres no Pós-Parto

DATE: 4/12/2017

TIME: 21:04

L I S R E L 8.51

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by

Scientific Software International, Inc.

7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100

Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2001

Use of this program is subject to the terms specified in the

Universal Copyright Convention.

Website: [www.ssicentral.com](http://www.ssicentral.com)

The following lines were read from file C:\Users\Fabiane  
morgado\Desktop\PPE\MODELO1.spj:

! PPE

Observed variables: PP1 - PP46

Correlation matrix from file PPE

Sample size: 202

Latent Variables: SC CO FP

Relationships:

PP1 PP2 PP4 PP6 PP9 PP12 PP27 PP45=SC

PP14 PP26 PP46=CO

PP23 PP24 PP33=FP

Options: ND=3 RS ME=UL IT=500 MI

path diagram

End of problem

Sample Size = 202

! PPE

Correlation Matrix

	PP1	PP2	PP4	PP6	PP9	PP12
PP1	1.000					
PP2	0.663	1.000				
PP4	0.734	0.633	1.000			
PP6	0.757	0.619	0.769	1.000		
PP9	0.633	0.539	0.615	0.652	1.000	
PP12	0.552	0.558	0.568	0.563	0.452	1.000
PP14	0.388	0.349	0.374	0.360	0.322	0.346
PP23	0.141	0.103	0.140	0.126	0.083	0.178
PP24	0.153	0.220	0.178	0.172	0.207	0.225
PP26	0.449	0.428	0.365	0.398	0.378	0.350
PP27	0.582	0.567	0.568	0.545	0.500	0.518
PP33	0.133	0.089	0.130	0.174	0.130	0.263
PP45	0.530	0.521	0.551	0.504	0.450	0.537
PP46	0.438	0.387	0.435	0.495	0.397	0.328

Correlation Matrix

	PP14	PP23	PP24	PP26	PP27	PP33
PP14	1.000					
PP23	0.150	1.000				
PP24	0.240	0.327	1.000			
PP26	0.434	0.203	0.342	1.000		
PP27	0.452	0.177	0.204	0.435	1.000	
PP33	0.142	0.341	0.198	0.207	0.133	1.000
PP45	0.351	0.156	0.229	0.398	0.589	0.145
PP46	0.367	0.116	0.208	0.441	0.357	0.187

Correlation Matrix

	PP45	PP46
PP45	1.000	

PP46    0.297    1.000

! PPE

Number of Iterations = 5

LISREL Estimates (Unweighted Least Squares)

Measurement Equations

PP1 = 0.843\*SC, Errorvar.= 0.290 , R<sup>2</sup> = 0.710  
       (0.0236)        (0.0809)  
       35.729        3.581

PP2 = 0.765\*SC, Errorvar.= 0.414 , R<sup>2</sup> = 0.586  
       (0.0230)        (0.0787)  
       33.297        5.265

PP4 = 0.829\*SC, Errorvar.= 0.313 , R<sup>2</sup> = 0.687  
       (0.0235)        (0.0805)  
       35.306        3.887

PP6 = 0.836\*SC, Errorvar.= 0.302 , R<sup>2</sup> = 0.698  
       (0.0236)        (0.0808)  
       35.400        3.731

PP9 = 0.717\*SC, Errorvar.= 0.486 , R<sup>2</sup> = 0.514  
       (0.0228)        (0.0776)  
       31.460        6.263

PP12 = 0.698\*SC, Errorvar.= 0.513 , R<sup>2</sup> = 0.487  
       (0.0226)        (0.0770)  
       30.837        6.655

PP14 = 0.607\*CO, Errorvar.= 0.632 , R<sup>2</sup> = 0.368  
       (0.0301)        (0.0794)  
       20.187        7.950

PP23 = 0.491\*FP, Errorvar.= 0.759 , R<sup>2</sup> = 0.241  
       (0.0427)        (0.0822)

11.504	9.224
PP24 = 0.632*FP, Errorvar.= 0.600 , R <sup>2</sup> = 0.400	
(0.0453)	(0.0894)
13.941	6.717
PP26 = 0.683*CO, Errorvar.= 0.533 , R <sup>2</sup> = 0.467	
(0.0320)	(0.0828)
21.327	6.441
PP27 = 0.735*SC, Errorvar.= 0.460 , R <sup>2</sup> = 0.540	
(0.0228)	(0.0777)
32.233	5.923
PP33 = 0.474*FP, Errorvar.= 0.775 , R <sup>2</sup> = 0.225	
(0.0409)	(0.0805)
11.582	9.635
PP45 = 0.683*SC, Errorvar.= 0.534 , R <sup>2</sup> = 0.466	
(0.0227)	(0.0768)
30.133	6.958
PP46 = 0.642*CO, Errorvar.= 0.588 , R <sup>2</sup> = 0.412	
(0.0307)	(0.0805)
20.886	7.295

#### Correlation Matrix of Independent Variables

	SC	CO	FP
SC	1.000		
CO	0.785	1.000	
	(0.035)		
	22.633		
FP	0.395	0.591	1.000
	(0.031)	(0.060)	
	12.557	9.905	

### Goodness of Fit Statistics

W\_A\_R\_N\_I\_N\_G: Chi-square, standard errors, t-values and standardized residuals are calculated under the assumption of multivariate normality.

Degrees of Freedom = 74

Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 224.729 (P = 0.0)

Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 150.729

90 Percent Confidence Interval for NCP = (109.416 ; 199.672)

Minimum Fit Function Value = 0.170

Population Discrepancy Function Value (F0) = 0.373

90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.271 ; 0.494)

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.0710

90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.0605 ; 0.0817)

P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.000675

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 0.710

90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.607 ; 0.831)

ECVI for Saturated Model = 0.520

ECVI for Independence Model = 15.184

Chi-Square for Independence Model with 91 Degrees of Freedom = 6106.293

Independence AIC = 6134.293

Model AIC = 286.729

Saturated AIC = 210.000

Independence CAIC = 6204.347

Model CAIC = 441.849

Saturated CAIC = 735.408

Normed Fit Index (NFI) = 0.989

Non-Normed Fit Index (NNFI) = 1.001

Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.804

Comparative Fit Index (CFI) = 1.000

Incremental Fit Index (IFI) = 1.001

Relative Fit Index (RFI) = 0.986

Critical N (CN) = 620.454

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.0402

Standardized RMR = 0.0402

Goodness of Fit Index (GFI) = 0.992  
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.989  
 Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.699

! PPE

Fitted Covariance Matrix

	PP1	PP2	PP4	PP6	PP9	PP12
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
PP1	1.000					
PP2	0.645	1.000				
PP4	0.699	0.634	1.000			
PP6	0.704	0.640	0.693	1.000		
PP9	0.604	0.549	0.594	0.599	1.000	
PP12	0.588	0.534	0.579	0.583	0.500	1.000
PP14	0.401	0.364	0.395	0.398	0.341	0.332
PP23	0.163	0.148	0.161	0.162	0.139	0.135
PP24	0.210	0.191	0.207	0.208	0.179	0.174
PP26	0.452	0.410	0.444	0.448	0.384	0.374
PP27	0.619	0.562	0.609	0.614	0.527	0.513
PP33	0.158	0.143	0.155	0.156	0.134	0.131
PP45	0.575	0.522	0.566	0.570	0.489	0.476
PP46	0.425	0.386	0.418	0.421	0.361	0.352

Fitted Covariance Matrix

	PP14	PP23	PP24	PP26	PP27	PP33
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
PP14	1.000					
PP23	0.176	1.000				
PP24	0.227	0.311	1.000			
PP26	0.415	0.198	0.255	1.000		
PP27	0.350	0.142	0.183	0.394	1.000	
PP33	0.170	0.233	0.300	0.191	0.137	1.000
PP45	0.325	0.132	0.170	0.366	0.501	0.128
PP46	0.390	0.187	0.240	0.439	0.370	0.180

Fitted Covariance Matrix

	PP45	PP46
	-----	-----
PP45		
PP46		

PP45	1.000	
PP46	0.344	1.000

## Fitted Residuals

	PP1	PP2	PP4	PP6	PP9	PP12
PP1	0.000					
PP2	0.018	0.000				
PP4	0.035	-0.002	0.000			
PP6	0.053	-0.020	0.076	0.000		
PP9	0.029	-0.010	0.021	0.053	0.000	
PP12	-0.036	0.023	-0.010	-0.020	-0.048	0.000
PP14	-0.014	-0.015	-0.020	-0.038	-0.019	0.013
PP23	-0.023	-0.045	-0.020	-0.036	-0.056	0.043
PP24	-0.057	0.029	-0.029	-0.037	0.029	0.051
PP26	-0.003	0.018	-0.079	-0.050	-0.006	-0.024
PP27	-0.037	0.005	-0.041	-0.069	-0.026	0.006
PP33	-0.025	-0.054	-0.025	0.018	-0.004	0.133
PP45	-0.046	-0.001	-0.015	-0.066	-0.039	0.061
PP46	0.013	0.001	0.018	0.074	0.035	-0.024

## Fitted Residuals

	PP14	PP23	PP24	PP26	PP27	PP33
PP14	0.000					
PP23	-0.026	0.000				
PP24	0.013	0.017	0.000			
PP26	0.019	0.004	0.087	0.000		
PP27	0.102	0.034	0.021	0.041	0.000	
PP33	-0.028	0.108	-0.101	0.016	-0.004	0.000
PP45	0.026	0.023	0.059	0.032	0.087	0.017
PP46	-0.023	-0.071	-0.032	0.002	-0.013	0.007

## Fitted Residuals

	PP45	PP46
PP45	0.000	
PP46	-0.047	0.000



## Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.101  
 Median Fitted Residual = 0.000  
 Largest Fitted Residual = 0.133

## Stemleaf Plot

```

-10|1
- 9|
- 8|
- 7|91
- 6|96
- 5|7640
- 4|87651
- 3|9877662
- 2|98665544330000
- 1|9554300
- 0|64432100000000000000
  0|124567
  1|33367788889
  2|11336999
  3|2455
  4|13
  5|1339
  6|1
  7|46
  8|77
  9|
 10|28
 11|
 12|
 13|3

```

## Standardized Residuals

	PP1	PP2	PP4	PP6	PP9	PP12
PP1	--					
PP2	0.429	--				
PP4	0.834	-0.042	--			
PP6	1.271	-0.469	1.815	--		

PP9	0.683	-0.224	0.481	1.227	--	
PP12	-0.833	0.532	-0.239	-0.462	-1.084	--
PP14	-0.305	-0.330	-0.449	-0.837	-0.418	0.284
PP23	-0.476	-0.949	-0.429	-0.769	-1.160	0.898
PP24	-1.238	0.614	-0.615	-0.788	0.605	1.079
PP26	-0.069	0.389	-1.763	-1.117	-0.138	-0.524
PP27	-0.855	0.103	-0.952	-1.604	-0.595	0.126
PP33	-0.530	-1.130	-0.537	0.378	-0.084	2.773
PP45	-1.047	-0.032	-0.337	-1.517	-0.870	1.352
PP46	0.289	0.022	0.389	1.645	0.770	-0.523

## Standardized Residuals

	PP14	PP23	PP24	PP26	PP27	PP33
	-----	-----	-----	-----	-----	
PP14	--					
PP23	-0.564	0.000				
PP24	0.296	0.494	--			
PP26	0.506	0.098	2.064	--		
PP27	2.214	0.720	0.444	0.899	0.000	
PP33	-0.622	2.756	-2.768	0.353	-0.088	0.000
PP45	0.551	0.486	1.247	0.701	1.967	0.359
PP46	-0.587	-1.557	-0.749	0.065	-0.292	0.163

## Standardized Residuals

	PP45	PP46
	-----	-----
PP45	--	
PP46	-1.011	0.000

## Summary Statistics for Standardized Residuals

Smallest Standardized Residual = -2.768

Median Standardized Residual = 0.000

Largest Standardized Residual = 2.773

## Stemleaf Plot

```

- 2|8
- 2|
- 1|8665

```

```

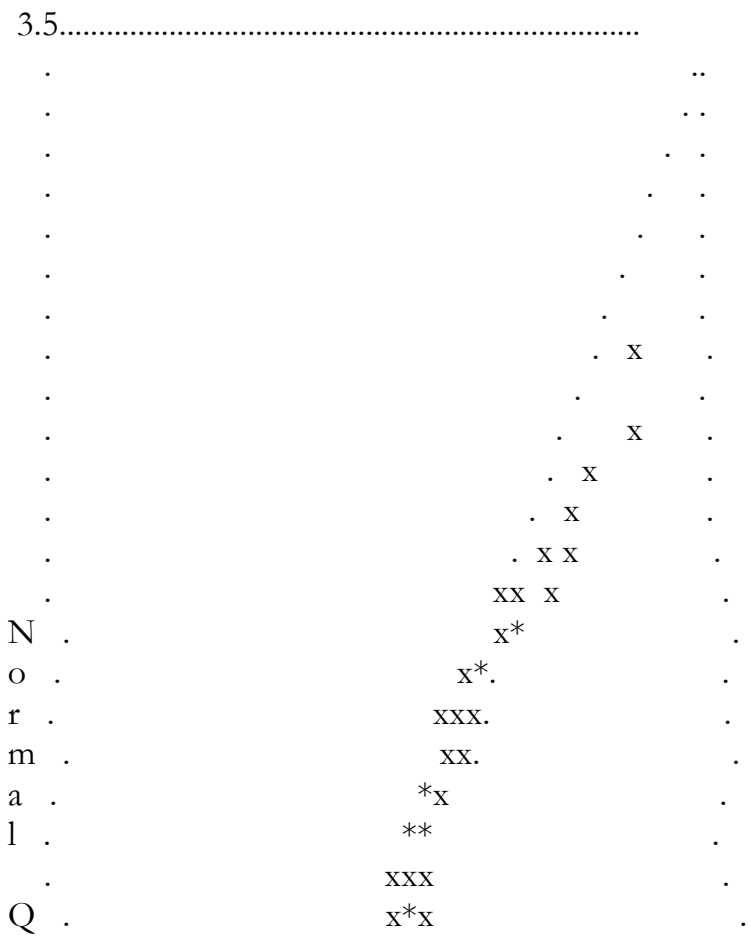
- 1 | 22111000
- 0 | 99988887666665555555
- 0 | 44433332211110000000000000000000
  0 | 1111233344444444
  0 | 555556667778899
  1 | 12234
  1 | 68
  2 | 012
  2 | 88

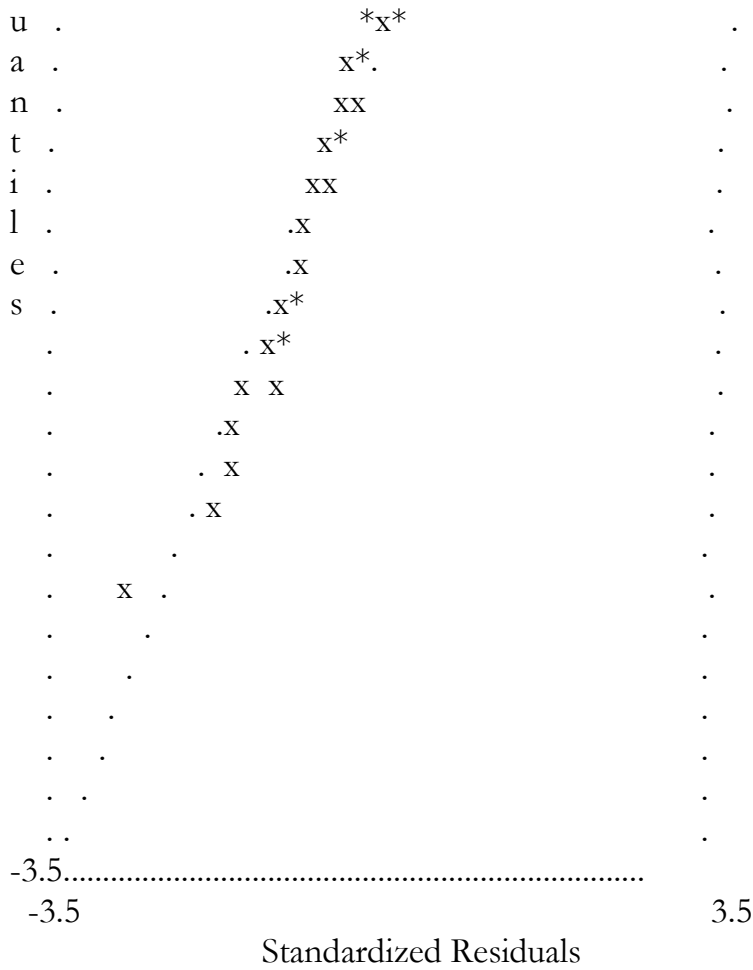
```

Largest Negative Standardized Residuals  
Residual for PP33 and PP24 -2.768  
Largest Positive Standardized Residuals  
Residual for PP33 and PP12 2.773  
Residual for PP33 and PP23 2.756

! PPE

Qplot of Standardized Residuals





! PPE

Modification Indices and Expected Change

The Modification Indices Suggest to Add the

Path	from	Decrease in Chi-Square	New Estimate
PP24	SC	8.4	0.40

Modification Indices for LAMBDA-X

	SC	CO	FP
PP1	--	0.803	1.901
PP2	--	0.107	0.408
PP4	--	2.666	1.791
PP6	--	0.455	0.676
PP9	--	0.001	0.040

PP12	--	1.431	6.009
PP14	0.158	--	0.248
PP23	2.984	4.220	--
PP24	8.414	--	--
PP26	4.490	--	3.909
PP27	--	4.191	1.589
PP33	0.276	0.269	--
PP45	--	1.078	1.818
PP46	3.369	--	2.194

Expected Change for LAMBDA-X

	SC	CO	FP
	-----	-----	-----
PP1	--	-0.114	-0.093
PP2	--	-0.038	-0.042
PP4	--	-0.203	-0.090
PP6	--	-0.087	-0.055
PP9	--	-0.003	-0.013
PP12	--	0.150	0.162
PP14	0.054	--	-0.048
PP23	-0.081	-0.137	--
PP24	0.400	--	--
PP26	-0.374	--	0.208
PP27	--	0.265	0.084
PP33	0.028	0.043	--
PP45	--	0.141	0.090
PP46	0.338	--	-0.145

No Non-Zero Modification Indices for PHI

Modification Indices for THETA-DELTA

	PP1	PP2	PP4	PP6	PP9	PP12
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
PP1	--					
PP2	0.184	--				
PP4	0.696	0.002	--			
PP6	1.615	0.220	3.293	--		
PP9	0.467	0.050	0.231	1.506	--	
PP12	0.694	0.283	0.057	0.214	1.175	--
PP14	0.093	0.109	0.202	0.701	0.175	0.080

PP23	0.227	0.900	0.184	0.591	1.346	0.806
PP24	1.533	0.377	0.378	0.621	0.366	1.164
PP26	0.005	0.152	3.107	1.248	0.019	0.275
PP27	0.732	0.011	0.906	2.571	0.354	0.016
PP33	0.281	1.276	0.288	0.143	0.007	7.691
PP45	1.096	0.001	0.114	2.302	0.757	1.827
PP46	0.084	0.000	0.151	2.705	0.593	0.274

## Modification Indices for THETA-DELTA

	PP14	PP23	PP24	PP26	PP27	PP33
PP14	--					
PP23	0.318	--				
PP24	0.088	0.244	--			
PP26	0.256	0.010	4.259	--		
PP27	4.902	0.518	0.197	0.809	--	
PP33	0.387	7.594	7.660	0.125	0.008	--
PP45	0.303	0.236	1.556	0.491	3.870	0.129
PP46	0.344	2.426	0.562	0.004	0.085	0.027

## Modification Indices for THETA-DELTA

	PP45	PP46
PP45	--	
PP46	1.023	--

## Expected Change for THETA-DELTA

	PP1	PP2	PP4	PP6	PP9	PP12
PP1	--					
PP2	0.025	--				
PP4	0.049	-0.002	--			
PP6	0.075	-0.027	0.107	--		
PP9	0.039	-0.013	0.028	0.070	--	
PP12	-0.048	0.030	-0.014	-0.026	-0.060	--
PP14	-0.017	-0.018	-0.025	-0.046	-0.022	0.015
PP23	-0.025	-0.049	-0.022	-0.040	-0.060	0.046
PP24	-0.066	0.032	-0.033	-0.042	0.032	0.056
PP26	-0.004	0.021	-0.097	-0.062	-0.007	-0.028

PP27	-0.049	0.006	-0.054	-0.092	-0.033	0.007
PP33	-0.028	-0.059	-0.028	0.020	-0.004	0.143
PP45	-0.060	-0.002	-0.019	-0.086	-0.048	0.075
PP46	0.016	0.001	0.021	0.091	0.041	-0.028

Expected Change for THETA-DELTA

	PP14	PP23	PP24	PP26	PP27	PP33
PP14	--					
PP23	-0.030	--				
PP24	0.017	0.036	--			
PP26	0.033	0.005	0.121	--		
PP27	0.119	0.037	0.023	0.049	--	
PP33	-0.034	0.174	-0.187	0.020	-0.005	--
PP45	0.029	0.025	0.065	0.038	0.110	0.019
PP46	-0.037	-0.085	-0.043	0.004	-0.016	0.009

Expected Change for THETA-DELTA

	PP45	PP46
PP45	--	
PP46	-0.054	--

Maximum Modification Index is 8.41 for Element (9, 1) of LAMBDA-X

Time used: 0.297 Seconds