

Imagem corporal de gestantes: um estudo longitudinal

Body image in pregnant women: a longitudinal study

Juliana Fernandes Filgueiras Meireles¹, Clara Mockdece Neves¹, Pedro Henrique Berbert de Carvalho², Maria Elisa Caputo Ferreira¹

RESUMO

Objetivos: Comparar atitudes corporais, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima, ansiedade e índice de massa corporal (IMC) de gestantes em diferentes momentos ao longo da gestação, bem como verificar a influência que as variáveis estudadas exercem sobre as atitudes corporais no primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional. **Métodos:** Foram incluídas 17 gestantes que frequentavam o exame pré-natal na cidade de Juiz de Fora-MG, entre 22 e 41 anos de idade (média de 30,76 ± 5,65 anos), excluindo-se aquelas com dados incompletos. Como instrumentos de avaliação utilizaram-se: *Body Attitudes Questionnaire*, *Eating Attitudes Test-26*, *Beck Depression Inventory*, *Rosenberg Self-esteem Scale*, a versão curta do *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory* e o questionário sociodemográfico. Ademais, foram coletados dados antropométricos e obstétricos. Foram realizadas análises estatísticas descritivas, comparativas e correlacionais. **Resultados:** O IMC, as atitudes corporais negativas e a subescala “sentimento de gordura” aumentaram progressivamente ao longo da gestação ($p < 0,01$). As atitudes alimentares, os sintomas depressivos, a autoestima e a ansiedade-estado não diferiram estatisticamente nos três momentos avaliados ($p > 0,05$). Além disso, o IMC explicou 31% da variância das atitudes direcionadas ao corpo no primeiro trimestre, enquanto as atitudes alimentares foram responsáveis por 30% e 46% das atitudes corporais no segundo e terceiro trimestre, respectivamente. **Conclusões:** As atitudes corporais, as atitudes alimentares, os sintomas depressivos, a autoestima e a ansiedade mantiveram-se constantes ao longo da gestação. O IMC e as atitudes alimentares influenciaram a imagem corporal em gestantes. Sugere-se a criação de instrumentos específicos a fim de um melhor entendimento das preocupações relacionadas ao corpo de gestantes.

Palavras-chave

Imagem corporal, gravidez, adulto, transtornos da alimentação, cuidado pré-natal.

ABSTRACT

Objectives: To compare body attitudes, eating attitudes, depressive symptoms, self-esteem, anxiety and body mass index (BMI) of pregnant women at different times during pregnancy, as well as to verify the influence that these variables have on body attitudes in the first, second and third trimester. **Methods:** We included 17 pregnant women who attended prenatal care in the city of Juiz de Fora-MG, between 22 to 41 years old (mean 30.76 ± 5.65 years old), excluding those with incomplete data. The assessments instruments were: *Body Attitudes*

Recebido em
5/11/2015
Aprovado em
23/06/2016

1 Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Laboratório de Estudos do Corpo (Labesc).
2 UFJF, Campus Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida, Curso de Bacharelado em Educação Física.

DOI: 10.1590/0047-208500000128

Endereço para correspondência: Juliana Fernandes Filgueiras Meireles
Rua Ivon José Curi, 1300, Portal da Torre
36037-467 – Juiz de Fora, MG, Brasil
E-mail: eujuly90@hotmail.com

Keywords

Body image, pregnancy, adult, eating disorders, prenatal care.

Questionnaire, Eating Attitudes Test-26, Beck Depression Inventory, Rosenberg Self-esteem Scale, the short version of the Brazilian State-Trait Anxiety Inventory and sociodemographic questionnaire. In addition, anthropometric and obstetric data were collected. Descriptive, comparative and correlational statistical analyses were performed. **Results:** The BMI, negative body attitudes and the “feeling fat” increased progressively throughout pregnancy ($p < 0.01$). Eating attitudes, depressive symptoms, self-esteem and anxiety-state did not differ in these three conditions ($p > 0.05$). In addition, BMI explained 31% of the variance of negative body attitudes in the first trimester, while eating attitudes were responsible for 30% e 46% of body attitudes in the second and third trimester, respectively. **Conclusions:** The body attitudes, eating attitudes, depressive symptoms, self-esteem and anxiety remained constant throughout pregnancy. BMI and eating attitudes influenced the body image in pregnant women. It was suggested the creation of specific instruments in order to better understand the body concerns of pregnant women.

INTRODUÇÃO

Na gravidez, as mulheres vivenciam mudanças substanciais na forma e peso corporais em um curto período de tempo^{1,2}. Essa etapa é comumente dividida em três períodos: primeiro, segundo e terceiro trimestre de gestação³. O primeiro (da 1ª a 12ª semana) é marcado por pequenas alterações fisiológicas que assinalam o início do ganho de peso³. No segundo trimestre (entre a 13ª a 25ª semana), as mudanças corporais se tornam mais nítidas, já que a barriga se torna visível³. É no terceiro trimestre (a partir da 26ª semana) que há um aumento das queixas físicas, pois se trata do período de maior desenvolvimento do bebê, acarretando em aumento do peso materno³. Todas essas alterações no corpo podem ter influência na imagem corporal das gestantes^{1,4,5}.

Além disso, o corpo magro é tido como padrão de beleza feminino na sociedade ocidental atual⁶. Durante a gestação, o corpo da mulher se afasta desse ideal, o que pode impactar negativamente na sua imagem corporal – sua representação mental do próprio corpo⁶. Este é um construto multidimensional que envolve percepções, crenças, sentimentos e comportamentos relacionados ao corpo⁶. Dessa forma, as profundas mudanças corporais que a mulher passa durante o período gestacional, somadas ao afastamento do padrão corporal idealizado para o sexo feminino, são fatores que ressaltam a importância da avaliação da imagem corporal em gestantes ao longo dos períodos gestacionais.

Foram identificados alguns estudos internacionais que avaliaram a imagem corporal em gestantes longitudinalmente. Rauff e Downs⁷ apontaram que os sentimentos relacionados ao corpo no início da gravidez influenciam a satisfação corporal das mulheres no meio e fim da gravidez. Loth *et al.*⁸ identificaram que, ao longo da gestação, apesar do ganho de peso, as grávidas apresentaram um aumento significativo na satisfação com o corpo. Em investigação qualitativa, Nash⁹ verificou que, enquanto para algumas grávidas australianas o ganho de peso era considerado assustador, outras relataram que se sentiam liberadas para “serem gor-

das” pela primeira vez em suas vidas. Vale ressaltar ainda os achados de Sweeney e Fingerhut¹⁰ e Hauff e Demerath¹¹, os quais demonstraram que preocupações com a imagem corporal durante o período gestacional servem como fatores de risco para depressão pós-parto e duração de lactação mais curta, respectivamente, podendo impactar negativamente a saúde da mãe e do bebê.

Estudo de revisão identificou que não existem investigações brasileiras longitudinais que avaliem a imagem corporal de grávidas, recomendando sua realização¹². Em pesquisa nacional, Meireles *et al.*¹³ verificaram a relação entre atitudes corporais negativas das gestantes e atitudes alimentares inadequadas, baixa autoestima, maior presença de sintomas depressivos, elevados níveis de ansiedade e índice de massa corporal (IMC). Entretanto, esses autores valeram-se da abordagem transversal, ou seja, não avaliaram as gestantes ao longo da sua gestação. Vale destacar que, em se tratando do período gestacional, as mudanças ocorridas são constantes e, assim, essas variáveis podem se comportar de maneira lábil ao longo de toda essa etapa, o que reforça a necessidade de estudos longitudinais¹. A promoção de uma imagem corporal saudável pode ser uma estratégia não farmacológica que oferece fatores de proteção contra patologias psicológicas na gravidez e no pós-parto⁷.

Dessa forma, a presente investigação teve como objetivo comparar atitudes corporais, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima, ansiedade e IMC de gestantes em diferentes momentos ao longo da gestação, bem como verificar a influência que as variáveis estudadas exercem sobre atitudes corporais no primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional.

MÉTODOS

Caracterização do estudo

Trata-se de uma investigação longitudinal e quantitativa¹⁴, desenvolvida em 2014 na cidade de Juiz de Fora/Minas Ge-

rais, Brasil. O projeto de pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), por meio do parecer número 337.124 (inscrição 14406413.0.0000.5147). Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos e riscos da pesquisa e concordaram em participar dela por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por gestantes que frequentavam o pré-natal no município, que estavam no primeiro trimestre de gestação durante a fase de coleta de dados inicial e que pudessem ser acompanhadas e novamente avaliadas no segundo e terceiro trimestres. Devido à dificuldade de recrutamento e ao pequeno número de pacientes nessa condição, as participantes foram recrutadas por conveniência e não houve limite mínimo ou máximo de grávidas na pesquisa. Esse é um método de seleção amostral, no qual a participação é voluntária e o modelo é considerado rápido, de baixo custo e de fácil aplicabilidade¹⁴.

Foram incluídas na pesquisa gestantes maiores de 18 anos, que soubessem ler e escrever e que assinaram o TCLE. Foram excluídas do estudo grávidas que por algum motivo não participaram de alguma etapa da coleta de dados ou que sofreram aborto ao longo da realização da pesquisa.

Instrumentos

O *Body Attitudes Questionnaire* (BAQ) foi aplicado a fim de avaliar as atitudes corporais das gestantes¹⁵. Trata-se de um questionário de autorrelato composto por 44 itens em escala do tipo *Likert* com cinco opções de resposta ("Concordo totalmente" até "Discordo totalmente"). O escore total do BAQ é calculado pela soma das respostas, o qual pode variar de 44 a 220 pontos, sendo que quanto maior o escore obtido, maiores os sentimentos sobre as seis subescalas: atratividade, autodepreciação, sentimento de gordura, saliência do corpo, percepção da gordura da porção inferior do corpo e força e *fitness*¹⁵. A consistência interna para a amostra do presente estudo foi de 0,80 no momento 1, 0,86 no momento 2 e 0,85 no momento 3.

O *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26) foi utilizado para avaliar as atitudes alimentares inadequadas¹⁶. O questionário é composto por 26 questões nas quais a avaliada tem seis opções de resposta em cada item que variam de zero (poucas vezes, quase nunca e nunca) a três (sempre). A interpretação desse instrumento é possível de duas formas: dimensional e categórica. A primeira ocorre por meio da soma de seus itens, a qual pode variar de 0 a 78 pontos, sendo que quanto maior a pontuação obtida, maiores também as atitudes alimentares negativas. Categoricamente, o escore total maior ou igual a 21 pontos é indicador de possíveis atitudes alimentares inadequadas¹⁶. O instrumento apresentou boa

consistência interna para amostra avaliada no momento 1 ($\alpha = 0,72$), 2 ($\alpha = 0,81$) e 3 ($\alpha = 0,80$).

Foi empregado o *Beck Depression Inventory* (BDI) para investigar a presença de sintomas depressivos¹⁷. O instrumento é composto por 21 itens com quatro opções de resposta (0, 1, 2, 3). Semelhante ao EAT-26, o BDI pode ser usado tanto como uma medida dimensional quanto categórica. No primeiro caso, o escore total é obtido por meio da contagem de cada item correspondente às alternativas assinaladas pelas gestantes, podendo variar de 0 a 63 pontos e, quanto maior a pontuação, maiores os sintomas depressivos. No segundo caso, pontuações abaixo de 15 pontos são indicadoras de humor "normal" e pontuações acima desse valor sugerem disforia ou depressão. Para a amostra em questão, o instrumento apresentou elevada consistência interna tanto no momento 1 ($\alpha = 0,91$) quanto nos momentos 2 ($\alpha = 0,94$) e 3 ($\alpha = 0,92$).

A *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSS) foi aplicada a fim de avaliar a variável autoestima¹⁸. Trata-se de uma escala composta por 10 itens, com quatro opções de respostas em uma escala do tipo *Likert* (a = concordo fortemente, b = concordo, c = discordo, d = discordo fortemente). As respostas podem variar de 0 a 3 e o escore final, de 0 a 30 pontos. Quanto maior o escore obtido na escala, maior o nível de autoestima da gestante. Sua análise de consistência interna revelou *alpha* igual a 0,92, 0,90 e 0,93 nos momentos 1, 2 e 3, respectivamente.

A versão curta do *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) foi utilizada para analisar o nível de ansiedade das gestantes¹⁹. Este instrumento avalia tanto a ansiedade estado (como a gestante se sente naquele momento) quanto a traço (como elas veem se sentindo geralmente). No total, o questionário possui 12 afirmativas em escala tipo *Likert* nas quais a avaliada atribui uma resposta de 1 a 4. O escore final é obtido por meio da soma dos itens, que pode variar de 12 a 48 pontos. Baixo escore no teste corresponde a baixo nível de ansiedade, e alto escore, a alto nível de ansiedade. Para a presente amostra, os valores do *alpha* de Cronbach foram considerados adequados nos três momentos ($\alpha = -0,83$; $\alpha = 0,86$; $\alpha = 0,82$).

Por fim, as gestantes responderam a um questionário sociodemográfico, com perguntas diretas a fim de caracterizar a amostra. Ademais, por meio dos prontuários médicos foram coletados dados antropométricos (massa corporal e estatura) para o cálculo do IMC – obtido por meio da divisão da massa corporal pela estatura elevada ao quadrado (kg/m^2)³. Em virtude de os achados de algumas investigações indicarem influência do IMC sobre as atitudes corporais de gestantes^{5,11,13,20,21}, ele foi inserido como covariável em algumas análises estatísticas neste estudo.

Vale destacar que, ao solicitar a participação na pesquisa, as balanças e os estadiômetros empregados foram verificados. Todos os locais utilizavam de balanças e estadiômetros da

marca Filizola, devidamente calibrados. Ademais, também foram obtidas informações a respeito da idade gestacional da paciente em semanas. Essas informações foram coletadas pelos médicos responsáveis pela paciente nos próprios consultórios.

Procedimentos

Inicialmente, foram contatados, por conveniência, obstetras da cidade de Juiz de Fora/MG para explanar os objetivos e os métodos do estudo, bem como solicitar autorização para que as gestantes respondessem aos questionários individualmente no próprio consultório (sala de espera). Após o aceite, os médicos informaram os dias e horários nos quais estavam agendadas grávidas para a primeira consulta de exame pré-natal, a fim de obter os dados do primeiro momento. A explicação a respeito da pesquisa foi expandida às gestantes, as quais receberam e assinaram o TCLE. Elas foram convidadas a participar voluntariamente da pesquisa em três momentos distintos ao longo da gestação, a saber: 1) fim do primeiro trimestre gestacional – até a 12ª semana; 2) fim do segundo trimestre gestacional – até a 25ª semana; e 3) fim do terceiro trimestre gestacional – até aproximadamente 40ª semana. Foi estabelecido um intervalo de aproximadamente três meses entre as coletas, de forma que, para cada gestante avaliada, controlou-se a data de retorno ao consultório para a participação no momento seguinte. Não houve tempo limite para o preenchimento dos questionários e a coleta foi realizada sempre pela mesma pesquisadora.

Análise estatística

Para a análise de dados, foi utilizado o *software* SPSS 19.0 e, em todos os casos, o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Foram utilizadas medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão) para cada variável analisada. Para as categorias do EAT-26 e BDI, foram realizadas análises de frequências absolutas e relativas. Para todos os instrumentos utilizados, foi calculada a consistência interna por meio do coeficiente alfa de Cronbach para cada um dos três momentos avaliados e considerado adequado valor superior a 0,70²². Em seguida, verificou-se a distribuição dos dados por meio do teste de *Shapiro Wilk*, que apontou a normalidade, seguindo com testes paramétricos. Foi aplicado o teste de variância ANOVA de medidas repetidas para comparar as variáveis da investigação em função do tempo (momentos 1, 2 e 3). Para essa análise, optou-se por controlar o IMC. Seguiu-se com o *post hoc* de Bonferroni para identificar possíveis diferenças. Utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson para uma variável a fim de comparar a prevalência de atitudes alimentares inadequadas e sintomas depressivos em função do tempo. Por fim, foram realizadas três análises de regressão linear múltipla *forward* para verificar o quanto as variáveis do estudo influenciavam as atitudes corporais, em cada um dos três momentos. Não foi encontrada a presença

de *outliers* que comprometessem as análises. Ademais, averigou-se a presença de multicolinearidade entre as variáveis independentes e os valores de VIF não indicaram problemas de multicolinearidade ($VIF > 5$). Assim, todas as variáveis associadas ao BAQ foram incluídas no modelo de regressão.

RESULTADOS

Participaram do presente estudo 24 gestantes que frequentavam o pré-natal na cidade de Juiz de Fora/MG. Entretanto, uma paciente foi excluída por ter sofrido aborto, quatro não responderam ao terceiro momento por terem tido parto pré-maturo e duas faltaram às consultas de pré-natal. Dessa forma, a amostra total do presente estudo contou com 17 grávidas (média de $30,76 \pm 5,65$ anos) que participaram nos três momentos de avaliação ao longo da gestação.

Quanto à caracterização sociodemográfica da amostra, a maioria das gestantes avaliadas era casada ou vivia com o companheiro (76,6%) e estava na sua primeira ou segunda gestação (94,1%). Quanto ao grau de escolaridade, 17,6% concluíram o ensino fundamental, 35,3% o ensino médio e 47,1% o ensino superior ou pós-graduação. Ademais, grande parcela da amostra tinha boa relação com o pai da criança (82,3%), apoio familiar (94,1%), havia planejado a gestação (70,6%) e não havia considerado a possibilidade do aborto (88,2%).

A partir do ponto de corte determinado pelos instrumentos, as prevalências das gestantes classificadas quanto ao BDI e EAT-26 em cada momento avaliado estão apresentadas na Tabela 1. Não foram identificadas diferenças nas prevalências de sintomas depressivos e atitude alimentar inadequada entre os três momentos.

A Tabela 2 apresenta os dados descritivos (média e desvio-padrão) das variáveis antropométricas (IMC) e psicológicas (atitudes corporais e alimentares, depressão, autoestima e ansiedade) nos três momentos de avaliação ao longo da gestação. Ressalta-se que quase a totalidade das variáveis se mostrou estável ao longo dos períodos gestacionais, exceto o IMC, BAQ e a subescala “sentimento de gordura” do BAQ.

Tabela 1. Distribuição de prevalência (absoluta e relativa) do BDI e do EAT-26 nos três momentos

	Momento 1	Momento 2	Momento 3
BDI			
Normal	12 (70,6%)	14 (82,4%)	14 (82,4%)
Disforia/Depressão	5 (29,4%)	3 (17,6%)	3 (17,6%)
EAT-26			
Atitude alimentar adequada	14 (82,4%)	14 (82,4%)	15 (88,2%)
Atitude alimentar inadequada	3 (17,6%)	3 (17,6%)	2 (11,8%)

BDI: Beck Depression Inventory; EAT-26: Eating Attitudes Test-26.

* $p < 0,05$.

Assim, seguiu-se com o *post hoc* de Bonferroni, que identificou que as gestantes no momento 1 apresentaram menor IMC em comparação com os momentos 2 ($p = 0,01$) e 3 ($p = 0,01$), bem como no momento 2 em relação ao momento 3 ($p = 0,001$). Com relação ao BAQ e à subescala “sentimento de gordura” do BAQ, o *post hoc* de Bonferroni não identificou as diferenças estatísticas entre os três momentos.

Buscando verificar a magnitude da expressão preditiva de cada variável sobre o BAQ, foram realizadas três regressões lineares múltiplas *forward*, uma para cada período avaliado, e a ordem de entrada dos dados na regressão respeitou a magnitude do coeficiente de correlação de Pearson (dados completos não demonstrados). As escalas com maior grau de associação com o BAQ foram as primeiras a serem introduzidas no modelo de regressão. No momento 1, apenas o IMC explicou as atitudes corporais negativas em 31,1% (Tabela 3). Já no momento 2 o EAT-26 e a STAI Traço foram inseridos na regressão. Entretanto, apenas o primeiro demonstrou ser preditor das atitudes corporais (30,3%; Ta-

bela 3). Por fim, no momento 3, o EAT-26, a RSS, o BDI e o STAI Traço apresentaram correlação com o BAQ, contudo novamente somente o EAT-26 predisse em 45,6% o BAQ (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Estima-se que esta seja a primeira pesquisa brasileira que tenha avaliado a imagem corporal de gestantes longitudinalmente, levando em consideração também outras variáveis influenciadoras¹². Considerou-se a hipótese de que as mudanças corporais que ocorrem ao longo da gestação são constantes e, dessa forma, poderiam afetar atitudes corporais e alimentares, sintomas depressivos, nível de ansiedade, autoestima e IMC das gestantes. Dessa forma, a presente investigação teve como premissa inicial comparar essas variáveis longitudinalmente no primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional.

Tabela 2. Comparação de média das variáveis estudadas em três momentos distintos

	Momento 1 Média (DP)	Momento 2 Média (DP)	Momento 3 Média (DP)	F	p-valor
Idade (anos)	30,76 (5,65)	31,00 (5,69)	31,12 (5,64)	-	-
IMC (kg/m ²)	25,19 (4,71)	27,40 (4,04)	29,59 (4,19)	111,81	0,01*
BAQ	112,29 (17,08)	116,88 (18,72)	118,47 (16,52)	9,16	0,01*
Atratividade	17,18 (3,36)	17,29 (3,51)	17,00 (2,77)	0,67	0,51
Depreciação	12,06 (3,28)	13,47 (4,91)	13,88 (3,42)	0,18	0,75
Sentimento de gordura	34,82 (10,39)	35,18 (10,99)	36,47 (10,62)	9,99	0,01*
Saliência do corpo	18,94 (3,72)	19,94 (3,62)	20,06 (3,55)	3,14	0,06
Percepção da gordura da porção inferior do corpo	11,29 (3,02)	11,94 (3,53)	12,29 (2,70)	0,33	0,70
Força e <i>fitness</i>	16,94 (3,47)	18,18 (3,05)	18,47 (2,87)	1,11	0,34
EAT-26	13,12 (7,57)	11,35 (8,51)	10,47 (7,31)	2,57	0,11
STAI					
Ansiedade traço	14,53 (3,80)	16,24 (4,39)	16,29 (3,26)	0,62	0,52
Ansiedade estado	16,18 (3,77)	16,47 (4,00)	16,06 (2,74)	0,18	0,83
RSS	5,41 (5,70)	5,82 (5,24)	4,76 (4,64)	0,06	0,89
BDI	11,94 (10,43)	10,76 (11,93)	10,71 (10,19)	0,01	0,98

DP: desvio-padrão; IMC: índice de massa corporal; BAQ: *Body Attitudes Questionnaire*; EAT-26: *Eating Attitudes Test-26*; STAI: *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory*; RSS: *Rosenberg Self-esteem Scale*; BDI: *Beck Depression Inventory*.

* $p < 0,05$.

Tabela 3. Análises de regressão linear múltipla *forward* utilizando os escores do BAQ como variável critério

	Bloco	R	R ²	R ² ajustado	F	p
Momento 1						
IMC	1	0,59	0,35	0,31	8,20	0,01*
Momento 2						
EAT-26	1	0,59	0,35	0,30	7,96	0,01*
Momento 3						
EAT-26	1	0,70	0,49	0,46	14,39	0,01*

BAQ: *Body Attitudes Questionnaire*; IMC: índice de massa corporal; EAT-26: *Eating Attitudes Test-26*.

* $p < 0,05$.

Inicialmente, os resultados apontaram diferenças estatísticas para as médias do IMC entre três momentos avaliados. O aumento de peso encontrado já era esperado, pois acontece em resposta ao crescimento e ao desenvolvimento fetal³. De acordo com o Ministério da Saúde, o ganho de peso corporal recomendado durante a gestação pode variar entre sete e 18 kg de acordo com o estado nutricional inicial da grávida³. Ressalta-se que manter um IMC adequado ao longo de toda gravidez reflete na saúde da mãe e do bebê²³⁻²⁵.

Com relação ao BAQ, os resultados evidenciaram diferenças quanto às médias para as atitudes corporais. Entretanto, não foi identificado estatisticamente em qual momento o valor sobressaiu. Contudo, a partir das médias, parece que houve um aumento progressivo, ou seja, no terceiro trimestre gestacional, as atitudes relacionadas ao corpo foram mais negativas do que nos momentos anteriores. Estudo longitudinal de Sweeney e Fingerhut¹⁰ apontou que um descontentamento com a imagem corporal no final da gravidez serve como um fator de risco para depressão pós-parto. Dessa forma, uma avaliação da imagem corporal durante a gestação pode ajudar os profissionais da saúde a identificar as mulheres em risco de depressão pós-parto. Vale ressaltar que a imagem corporal também pode ser um alvo importante para os programas de prevenção e tratamento da depressão pós-parto^{7,10}.

Assim como para o escore total do BAQ, a subescala "sentimento de gordura" também apresentou diferenças estatísticas, contudo sem apontar em qual momento o total foi significativamente maior. Observa-se que as médias aumentaram gradativamente ao longo dos três períodos gestacionais. Entretanto, estudos anteriores contradizem tal achado por meio da subescala "sentimento de gordura" do BAQ. Clark *et al.*², Duncombe *et al.*²⁶ e Skouteris *et al.*²⁷ verificaram que as gestantes australianas se percebiam mais gordas no primeiro trimestre de gestação do que no decorrer desta. Os autores ainda apontaram que, durante a gestação, as mulheres podem se sentir menos pressionadas com relação ao corpo magro, afinal sua forma e tamanho significam um estado grávido^{2,26,27}. Artigo de revisão de Meireles *et al.*¹² já havia apontado que os achados são controversos quanto à imagem corporal desse público. Pode ser que o contexto social brasileiro determine mais fortemente um padrão de corpo direcionado à magreza do que o australiano, e assim as brasileiras se sentem gordas, mesmo estando grávidas. São recomendados estudos nesta população, além de estudos comparativos entre diferentes culturas, a fim de confirmar tais achados na realidade do Brasil.

A partir dos resultados para as demais subescalas do BAQ, não foram identificadas diferenças entre os três momentos. Os sentimentos relacionados a "atratividade", "força e *fitness*", "saliência do corpo", "autodepreciação" e "percepção da gordura na porção inferior" mantiveram-se constantes ao

longo da gestação. De forma semelhante, estudo transversal brasileiro identificou médias estáveis para essas subescalas⁵. Além disso, Skouteris *et al.*²⁷, comparando os três momentos gestacionais longitudinalmente, verificaram linearidade nas médias das subescalas "atratividade", "força e *fitness*" e "saliência do corpo". Por outro lado, os achados longitudinais de Clark *et al.*² e Duncombe *et al.*²⁶ apontaram que, enquanto a "atratividade" das gestantes não se modificou, a "saliência do corpo" diminuiu e a "força e *fitness*" aumentou no decorrer da gravidez. Devido às controvérsias destacadas, sugere-se o desenvolvimento de mais pesquisas avaliando a imagem corporal de gestantes.

Apesar da hipótese inicial do presente estudo, não foram identificadas diferenças estatísticas nas atitudes alimentares, na autoestima, nos sintomas depressivos e na ansiedade traço e estado nos três períodos gestacionais. Artigo de revisão apontou que estudos avaliando fatores psicológicos em gestantes têm aumentado na literatura científica^{1,12} devido às implicações que podem ser comprometedoras para a saúde da mulher e do bebê. Dentre essas, destacam-se, principalmente: má nutrição, ingestão de álcool e fumo, comportamentos suicidas, depressão puerperal, pré-eclâmpsia e trabalho de parto prematuro^{1,28,29}.

Além disso, também não foram encontradas diferenças estatísticas nas prevalências das atitudes alimentares e sintomas depressivos. Não existe ainda consenso na literatura sobre melhora ou piora das atitudes alimentares durante a gestação^{25,30,31}. Se por um lado mulheres diagnosticadas com transtornos alimentares são capazes de abandonar ou diminuir os sintomas no período grávido, por outro, pode ser que algumas grávidas, ao se sentirem vulneráveis ao ganho excessivo de peso, engajem em dietas restritivas^{25,30,31}. Esses achados merecem ser mais bem estudados no período do puerpério, tanto em mulheres diagnosticadas com a patologia quanto aquelas sem o diagnóstico.

Tendo em vista os sintomas depressivos, o quadro das gestantes avaliadas demonstrou-se estável. Todavia, o estudo de revisão de Pereira e Lovisi³² apontou que a prevalência de depressão parece ser mais alta no terceiro trimestre gestacional. É possível que quando a gestante apresenta estruturas adequadas para passar por essa fase, sejam elas externas (por exemplo, educação pré-natal, atividade física especializada, apoio psicológico profissional, apoio familiar) ou internas (por exemplo, autoconfiança, satisfação com o corpo, aceitação da gravidez e das mudanças que ela acarreta e assimilação do novo papel social), o estado emocional pode permanecer satisfatório, não acarretando nenhum problema para a gestante³³. Na amostra em questão, a maioria das avaliadas era casada, tinha uma boa relação com o pai da criança, possuía apoio familiar, havia planejado a gestação e não considerou a possibilidade de aborto. Sendo assim, é possível que essas características sociodemográficas das

gestantes tenham contribuído para que as atitudes alimentares, os sintomas depressivos, a autoestima e a ansiedade traço e estado não tenham sofrido variações estatísticas.

Como segunda premissa, esta pesquisa buscou verificar a influência que as variáveis estudadas exerce sobre atitudes corporais ao longo da gestação. Para isso, foram realizadas três análises de regressão, sendo uma para cada trimestre gestacional. O primeiro modelo de regressão apontou que apenas o IMC foi responsável por 31,1% da variância do BAQ. Essa influência já havia sido apontada previamente em estudo transversal que identificou que o IMC predisse em 11,3% o BAQ⁵. Talvez o presente estudo tenha encontrado um maior percentual por ter considerado apenas gestantes do primeiro trimestre nesta análise, enquanto Meireles *et al.*⁵ consideraram grávidas de todos os períodos gestacionais. Assim, é possível que no primeiro trimestre de gestação a mulher esteja mais preocupada com o aumento da massa corporal, refletindo em suas atitudes direcionadas ao corpo nesta etapa.

No segundo e no terceiro trimestre, apesar da correlação existente entre a RSS, o BDI e o STAI Traço e o BAQ, apenas as atitudes alimentares (EAT-26) foram responsáveis por 30,3% e 45,6% da variância das atitudes corporais nos momentos 2 e 3, respectivamente. A relação entre esses construtos já foi verificada em estudos anteriores^{13,26}. Contudo, vale destacar o aumento de 15 pontos percentuais da magnitude da expressão preditiva do segundo para o terceiro trimestre. É possível que o terceiro trimestre seja caracterizado pela expectativa de alcançar, rapidamente, o corpo desejado após o nascimento. Isso pode ter relação com a busca pelo reenquadramento nos padrões de magreza socialmente determinados para o sexo feminino⁶.

Como limitações do presente estudo, destacam-se, inicialmente, dois problemas inerentes aos estudos longitudinais: o baixo tamanho e a perda amostral. Entretanto, vale ressaltar a dificuldade no recrutamento de grávidas no primeiro trimestre gestacional. Muitas mulheres, ao se descobrirem grávidas, encontram-se no segundo trimestre de gestação, o que dificultou o acompanhamento longitudinal delas nos três momentos. Além disso, as perdas da amostra foram ocasionadas devido a aborto, parto pré-maturo e ausência nas consultas de pré-natal em algum dos três momentos. Ambas as limitações apontam que os achados do presente estudo não devem ser generalizados. Sugere-se aos pesquisadores interessados no tema que procurem avaliar longitudinalmente um maior número de gestantes.

Ademais, outra limitação se deve ao fato de a pesquisa ter utilizado instrumentos não validados para a população de gestantes. Contudo, as características psicométricas destes já foram confirmadas para a população adulta feminina brasileira, bem como a consistência interna da amostra em questão foi avaliada nos três momentos e foi considerada

adequada²⁰. Ademais, esses instrumentos já foram utilizados anteriormente em outras pesquisas avaliando gestantes^{2,5,13,20,26}.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as gestantes avaliadas apresentaram estabilidade nas variáveis psicológicas e alimentar ao longo do desenvolvimento da gestação. Além disso, parece que o IMC e as atitudes alimentares podem influenciar as atitudes corporais como um todo das grávidas. Ademais, a fim de um melhor entendimento do real impacto da gestação nas preocupações relacionadas ao corpo de gestantes, sugere-se a criação de instrumentos específicos para esse público, bem como a realização de pesquisas em gestantes brasileiras que incluam também os períodos pré-gestacional e puerpério. Essa avaliação seria interessante a fim de verificar a imagem corporal prévia e posterior à gravidez.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Juliana Fernandes Filgueiras Meireles – Contribuiu com a concepção e o delineamento do projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

Clara Mockdece Neves, Pedro Henrique Berbert de Carvalho e Maria Elisa Caputo Ferreira – Contribuíram com a análise, interpretação dos dados e revisão crítica do artigo.

Todos os autores aprovaram a versão a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AGRADECIMENTOS

A todas as gestantes pela disponibilidade em participar da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Watson B, Fuller-Tyszkiewicz M, Broadbent J, Skouteris H. The meaning of body image experiences during the perinatal period: a systematic review of the qualitative literature. *Body Image*. 2015;14(3):102-13.
2. Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: a prospective study. *J Health Psychol*. 2009;14(1):27-35.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: Manual técnico. Brasília, DF; 2012.

4. Hodgkinson EL, Smith DM, Wittkowski A. Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(23Sept):1-11.
5. Meireles JFF, Neves CM, Carvalho PHB, Ferreira MEC. Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(7):319-24.
6. Ferreira MEC, Amaral ACS, Fortes LS, Conti MA, Carvalho PHB, Miranda VPN. Imagem corporal: contexto histórico e atual. In: MEC Ferreira, MR Castro, FFR Morgado. *Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa*. Juiz de Fora, MG: Editora UFJF; 2014. p. 15-48.
7. Rauff EL, Downs DS. Mediating effects of body image satisfaction on exercise behavior, depressive symptoms, and gestational weight gain in pregnancy. *Ann Behav Med*. 2011;42(3):381-90.
8. Loth KA, Bauer KW, Wall M, Berge J, Neumark-Sztainer D. Body satisfaction during pregnancy. *Body Image*. 2011;8(3):297-300.
9. Nash M. Weighty matters: Negotiating 'fatness' and 'in-betweenness' in early pregnancy. *Feminism Psychology*. 2012; 22(3):307-23.
10. Sweeney AC, Fingerhut R. Examining relationships between body dissatisfaction, maladaptive perfectionism, and postpartum depression symptoms. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42(5):551-61.
11. Hauff LE, Demerath EW. Body image concerns and reduced breastfeeding duration in primiparous overweight and obese women. *Am J Hum Biol*. 2012;24(3):339-49.
12. Meireles JFF, Neves CM, Carvalho PHB, Ferreira MEC. Insatisfação corporal em gestantes: uma revisão integrativa da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(7):2089-101.
13. Meireles JFF, Neves CM, Carvalho PHB, Ferreira MEC. Imagem corporal e fatores associados em gestantes. *Ciênc Saúde Coletiva*. No prelo.
14. Thomas JR, Nelson JK, Silverman SJ. *Métodos de pesquisa em atividade física*. 5 ed. São Paulo: Artmed; 2012.
15. Scagliusi FB, Polacow VO, Cordás TA, Coelho D, Alvarenga M, Philippi ST, et al. Psychometric testing and applications of the Body Attitudes Questionnaire translated into Portuguese. *Percept Mot Skills*. 2005;101(1):25-41.
16. Nunes MA, Camey S, Olinto MTA, Mari JJ. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Braz J Med Biol Res*. 2005;38(11):1655-62.
17. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996;29(4):453-7.
18. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Rev Bras Cir Plast*. 2004;19(1):41-52.
19. Fioravanti-Bastos ACM, Cheniaux E, Landeira-Fernandez J. Development and validation of a short-form version of the Brazilian State-trait Anxiety Inventory. *Psicol Reflex Crit*. 2011;24(3):485-94.
20. DiPietro JA, Millet S, Costigan KA, Gurewitsch E, Caulfield LE. Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviors during pregnancy. *J Am Diet Assoc*. 2003;103(10):1314-9.
21. Sui Z, Turnbull D, Dodd J. Effect of body image on gestational weight gain in overweight and obese women. *Women Birth*. 2013;26(4):267-72.
22. Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess*. 2003;80(1):99-103.
23. Silva JC, Amaral AR, Ferreira BS, Petry JF, Silva MR, Krelling PC. Obesidade durante a gravidez: resultados adversos da gestação e do parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(11):509-13.
24. McPhie S, Skouteris H, Fuller-Tyszkiewicz M, Hill B, Jacka F, O'Neil A. Relationships between mental health symptoms and body mass index in women with and without excessive weight gain during pregnancy. *Midwifery*. 2015;31(1):138-46.
25. Dunker KLL, Alvarenga MS, Alves VPO. Transtornos alimentares e gestação: uma revisão. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(1):60-8.
26. Duncombe D, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Kelly L. How well do women adapt to changes in their body size and shape across the course of pregnancy? *J Health Psychol*. 2008;13(4):503-15.
27. Skouteris H, Carr R, Wertheim EH, Paxton SJ, Duncombe D. A prospective study of factors that lead to body image dissatisfaction during pregnancy. *Body Image*. 2005;2(4):347-61.
28. Lima MOP, Tsunechiro MA. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. *Mundo da Saúde*. 2008;32(4):530-6.
29. Thiengo DL, Pereira PK, Santos JFC, Cavalcanti MT, Lovisi GM. Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido: coorte de mães atendidas em unidade básica de saúde. *J Bras Psiquiatr*. 2012;61(4):214-20.
30. Santos AM, Piccolotto GB, Benute GRG, Santos NO, Lucia MCS, Francisco RPV. Transtorno alimentar e picacismo na gestação: revisão de literatura. *Psicol Hospitalar*. 2013;11(2):42-59.
31. Cardoso JP, Pires AP. Perturbações do comportamento alimentar na gravidez: uma revisão. *Psicol Reflex Crit*. 2012;25(1):139-46.
32. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiquiatr Clín*. 2008;35(4):144-53.
33. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGS, Jansen K, et al. Transtornos mentais comuns e autoestima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9):1832-8.