



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Fernandes Filgueiras Meireles, Juliana; Mockdece Neves, Clara; Berbert de Carvalho,
Pedro Henrique; Caputo Ferreira, Maria Elisa
Imagem corporal, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima e ansiedade
em gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 2, febrero, 2017, pp. 437-445
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63049587011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Imagem corporal, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima e ansiedade em gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Body image, eating attitudes, depressive symptoms, self-esteem and anxiety in pregnant women of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil

Juliana Fernandes Filgueiras Meireles¹

Clara Mockdece Neves¹

Pedro Henrique Berbert de Carvalho²

Maria Elisa Caputo Ferreira¹

Abstract *The experiences of change that pregnant women live through can have a negative effect on their bodily attitudes and the associated variables. This study aimed to establish the influence on pregnant women's body image of their eating attitudes, depressive symptoms, self-esteem, anxiety and body mass index. This is a quantitative, cross-sectional study, of 386 pregnant women of a range of child-bearing age – from 18 to 46 (mean 29.32 ± 6.04) – of the city of Juiz de Fora, in the state of Minas Gerais, Brazil. Instruments were applied to evaluate body attitudes, food attitudes, depressive symptoms, self-esteem and anxiety. Anthropometric and obstetric data were collected. Descriptive, comparative and correlational statistical analyses were made. The findings indicated significant correlations between body attitudes and: inadequate eating attitudes ($r = 0.478$), depressive symptoms ($r = 0.387$), low self-esteem ($r = 0.431$) and high BMI ($r = 0.339$). In addition, these variables together exerted an influence measured as 41.4% on the negative body image of the pregnant women. Thus, it is recommended that pregnant women should be assessed nutritionally and psychologically and given orientation in these aspects, in order to detect and prevent psychopathology, with a view to optimal maternal and child health.*

Key words *Pregnancy, Depression, Food behavior, Nutritional state, Adult*

Resumo *As mudanças vivenciadas pelas gestantes podem impactar negativamente as atitudes corporais e as variáveis associadas. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi verificar a influência das atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima, ansiedade e IMC na imagem corporal de gestantes. Este estudo quantitativo e transversal contou com 386 gestantes de todas as idades gestacionais, entre 18 a 46 anos de idade (média de $29,32 \pm 6,04$ anos) da cidade de Juiz de Fora-MG. Foram aplicados instrumentos para avaliar atitudes corporais, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima e ansiedade. Foram coletados dados antropométricos e obstétricos. Realizou-se análises estatísticas descritivas, comparativas e correlacionais. Os achados indicaram correlações significativas entre as atitudes corporais e: atitudes alimentares inadequadas ($r = 0,478$), sintomas depressivos ($r = 0,387$), baixa autoestima ($r = 0,431$) e elevado IMC ($r = 0,339$). Além disso, essas variáveis juntas exerceram influência de 41,4% sobre a imagem corporal negativa das gestantes. Assim, recomenda-se a avaliação e a orientação nutricional e psicológica a fim de detectar e prevenir psicopatologias, tendo em vista a saúde materna e infantil.*

Palavras-chave *Gravidez, Depressão, Comportamento alimentar, Estado nutricional, Adulto*

¹ Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). R. José Lourenço Kelmer s/n, Campus Universitário. 36036-900. Juiz de Fora MG Brasil. euJuly90@hotmail.com

² Instituto de Ciências da Vida, Departamento de Educação Física, UFJF. Governador Valadares MG Brasil.

Introdução

A gestação é um período em que a mulher vivencia profundas mudanças físicas, psicológicas e sociais¹⁻³. Com a chegada do bebê, a gestante passa por um reajustamento das suas condições, devido à transição do papel social: a mulher além de filha, também passa a ser mãe^{4,5}. Nessa fase da vida, a gestante pode passar por instabilidade emocional, medo e ansiedade^{2,5-7}.

Dentre as mudanças físicas, as unhas e os cabelos crescem mais rápido; o corpo fica mais quente e pode provocar uma sudorese maior; podem aparecer estrias; agravar celulites e varizes; e a pigmentação da pele também pode mudar durante a gravidez⁸. Somado a isso, a gestante experiencia alterações substanciais na forma e no peso corporal em um curto período de tempo^{2,9}. O ganho de peso corporal recomendado, por exemplo, pode variar entre sete e 18 quilogramas (kg) de acordo com o estado nutricional inicial da gestante⁸. Apesar de ser parte natural da gravidez, ao se descobrirem grávidas, muitas mulheres entram em conflito com seus valores e conceitos de estética, beleza e sensualidade¹⁰, podendo afetar suas atitudes com relação ao próprio corpo.

A imagem corporal de gestantes tem despertado a atenção de pesquisadores atualmente, com destaque no cenário internacional¹¹⁻¹⁵. Autores têm concordado em definir esse construto como a representação mental do corpo^{16,17}. A dimensão atitudinal faz parte da imagem corporal e está relacionada aos comportamentos, pensamentos e sentimentos a respeito da aparência física^{16,18}.

Em estudos anteriores foram identificadas associações significativas entre a imagem corporal negativa em gestantes e algumas características como: elevado Índice de Massa Corporal (IMC)¹⁹, atitude alimentar inadequada^{20,21}, sintomas depressivos^{14,22}, baixa autoestima^{10,23} e elevados níveis de ansiedade²⁴. Tais associações são preocupantes porque podem ter consequências negativas para a saúde, tanto da mãe quanto do feto¹⁵, tais como: baixo peso ao nascer, atraso no desenvolvimento infantil, prematuridade e, em alguns casos, aborto²⁵.

Kamysheva et al.²³, baseado na teoria de Thompson et al.²⁶, desenvolveram um modelo teórico que considerou diversos fatores relacionados ao corpo durante a gestação. Os autores concluíram que a depressão, a autoestima e o IMC podem desencadear atitudes corporais negativas em gestantes. Contudo, destaca-se que a ansiedade, por provocar sensações de nervosismo, preocupação e apreensão²⁷, pode desencadear estímulos negativos à imagem corporal das gestantes.

Um recente estudo de revisão, realizado por Meireles et al.²⁸, identificou apenas uma investigação que avaliasse a imagem corporal em amostras de gestantes brasileiras. Ademais, Meireles et al.²⁹ avaliaram elementos da dimensão atitudinal da imagem corporal de gestantes e levaram em consideração variáveis antropométricas, obstétricas, sociodemográficas e econômicas. Os autores identificaram que o IMC foi o preditor mais importante para uma imagem corporal negativa em sua amostra e ainda apontaram a necessidade de estudos que verifiquem a influência de outros fatores sobre a imagem corporal, tais como os psicológicos.

Dessa forma, o objetivo principal do presente estudo foi verificar a influência das atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima, ansiedade e IMC na imagem corporal de gestantes. Ademais, buscou-se como objetivo secundário analisar as prevalências de atitudes alimentares inadequadas e sintomas depressivos.

Métodos

Desenho do estudo

A presente investigação apresenta delineamento do tipo transversal e foi realizada no município de Juiz de Fora, interior do estado de Minas Gerais, Brasil. A coleta de dados foi realizada entre outubro, novembro e dezembro de 2014.

Amostra

A população de estudo foi composta por gestantes que realizavam o pré-natal com médicos obstetras que atendiam nos setores particulares e públicos da cidade de Juiz de Fora/MG. Foram contatados por conveniência 10 médicos e, após a explanação dos objetivos e métodos da pesquisa, todos concordaram com a realização do estudo. Dessa forma, os dados foram coletados em três consultórios ou clínicas particulares e quatro instituições públicas (Unidades Básicas de Saúde ou hospitais) de diferentes bairros da cidade.

Para estimar o número de gestantes do município, utilizou-se a recomendação do Ministério da Saúde, o qual aponta que é necessário acrescentar 10% ao número de nascidos vivos do ano anterior³⁰. Em 2013, estimou-se que 6454 crianças nasceram vivas em Juiz de Fora e que o percentual de gestantes adolescentes era de 16,2% (dados fornecidos pela Secretaria de Saúde da Prefeitura do município). Sendo assim, a partir do cálculo proposto³⁰ e subtraindo o percentual

de gestantes adolescentes, em 2014, o número de gestantes adultas em Juiz de Fora correspondia a 5849. Para o cálculo amostral, além de se considerar esse valor, levou-se em conta uma prevalência de 50% de insatisfação corporal²⁷, 95% de intervalo de confiança e 5% de erro amostral. Chegou-se a uma amostra ideal mínima de 361 gestantes adultas.

Para atingir esse número, os médicos informaram os melhores dias e horários para a coleta de dados em cada local, de acordo com a agenda de atendimento de cada um. Nestes dias, os pesquisadores compareceram aos locais e convidaram para participar da pesquisa, por conveniência, aquelas gestantes que aguardavam para ser atendidas. Após a explicação do estudo e aceite para participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as pacientes receberam os questionários e os responderam individualmente na própria sala de espera ou em uma sala anexa ao consultório disponibilizada pelo médico. Ressalta-se que as participantes receberam a mesma orientação verbal e eventuais dúvidas foram esclarecidas. Ademais, não se delimitou tempo para o preenchimento dos questionários.

Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: grávidas em todos os períodos gestacionais; que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa; e que assinaram o TCLE. Aquelas mulheres que apresentaram dados incompletos foram excluídas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Instrumentos

O *Body Attitudes Questionnaire* (BAQ), validado para a população adulta feminina brasileira por Scagliusi et al.³¹, foi utilizado para avaliar alguns aspectos das atitudes corporais das gestantes. Esse questionário de autorrelato é composto por 44 itens em escala do tipo *Likert* com cinco opções de resposta (“Concordo totalmente” até “Discordo totalmente”). Para o cálculo do escore total do BAQ é realizada a soma das pontuações de cada um dos itens. Esse valor pode variar de 44 a 220 pontos, sendo que quanto maior o escore obtido, maiores os sentimentos sobre: atração física, autodepreciação, gordura total, saliência do corpo, percepção da gordura da porção inferior do corpo e força.

Para avaliar as atitudes alimentares inadequadas foi utilizado o *Eating Attitudes Test - 26* (EAT-26) validado para adultos brasileiros por Nunes

et al.³². O questionário é composto por 26 questões com seis opções de resposta cada, variando de zero (poucas vezes, quase nunca e nunca) a três (sempre). O escore do EAT-26 é obtido pela soma de seus itens, o qual pode variar de 0 a 78 pontos. Escore total maior ou igual a 21 pontos é indicador de possíveis atitudes alimentares inadequadas.

Para investigar a presença de sintomas depressivos foi empregado o *Beck Depression Inventory* (BDI), validado no Brasil por Gorenstein e Andrade³³. O instrumento é composto por 21 itens com quatro opções de resposta (0, 1, 2, 3) e o escore total é obtido através da contagem de cada item correspondente às alternativas assinadas pelas gestantes, podendo variar de 0 a 63 pontos. Como a presente amostra não tem o traço diagnosticado foi utilizado escores acima de 15 para detectar disforia (mudança repentina e transitória do estado de ânimo) e o termo “depressão” foi utilizado no caso de gestantes com pontuação acima de 20, assim como recomendado por Kendall et al.³⁴.

A variável autoestima foi avaliada por intermédio da *Rosenberg Self-esteem Scale* (RSS)³⁵. Trata-se de uma escala composta por 10 itens, com quatro opções de respostas do tipo *Likert* (a = concordo fortemente, b = concordo, c = discordo, d = discordo fortemente). 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.

Para análise do nível de ansiedade das gestantes foi utilizada a versão curta do *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)³⁶. Este instrumento avalia tanto a ansiedade estado (como a gestante se sente naquele momento) quanto a traço (como elas vêm se sentindo geralmente). O questionário possui no total 12 afirmações em escala tipo *Likert* com opções de resposta de 1 a 4. O escore final é obtido através 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.

Através dos prontuários das gestantes foram obtidos os dados antropométricos (massa corporal e estatura) para o cálculo do IMC – obtido através da divisão da massa corporal (em quilogramas) pela estatura (em metros) elevada ao quadrado (kg/m²)⁸. Essas informações foram coletadas pelos médicos responsáveis pela paciente nos consultórios do setor particular ou do setor público da cidade de Juiz de Fora/MG. Vale destacar que, ao solicitar a participação na pesquisa, as balanças e os estadiômetros empregados foram verificados. Todos os locais utilizavam balanças

e estadiômetros da marca Filizola, devidamente calibrados.

Análise dos dados

Para as análises estatísticas, foi utilizado o *software* SPSS 19.0 e em todos os casos, o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Foram realizadas análises de média, desvio padrão, mediana, valores de mínimo e máximo e intervalo interquartil para cada variável de estudo. Além disso, para as variáveis categóricas, analisou-se a frequência (absoluta e relativa). Para todos os instrumentos utilizados foi calculada a consistência interna por meio do coeficiente *alpha* de Cronbach. Essa análise demonstrou valores de 0,84, 0,80, 0,89, 0,85 e 0,75 para o BAQ, EAT-26, BDI, RSS e STAI, respectivamente. Todos os valores foram considerados adequados ($> 0,70$)³⁷.

Seguiu-se com o teste de normalidade *Kolmogorov Smirnov*³⁸, e inspeção de assimetria e curtose dos escores obtidos. Nenhuma das variáveis apresentou valores de assimetria ou curtose que indicassem severas violações da distribuição normal dos dados, o que justifica a utilização de testes paramétricos. Foi utilizada a correlação de *Pearson* para verificar associações entre os parâmetros avaliados (BAQ, IMC, EAT-26, BDI, RSS e STAI).

Por fim, foi realizada a análise de regressão linear múltipla para verificação do quanto as variáveis do estudo influenciam nas atitudes corporais das gestantes. A técnica *forward* foi escolhida por permitir a inserção de uma variável de cada vez, respeitando tanto a magnitude do coeficiente de correlação de *Pearson* do maior para o menor valor, quanto os modelos teóricos propostos por Thompson et al.²⁶ e Kamysheva et al.²³. Vale ressaltar que a multicolinearidade entre as variáveis foi testada a fim de verificar a interferência que uma variável poderia exercer sobre o resultado das demais. A partir dessa análise, os valores de *Variance Inflation Factor* (VIF) não indicaram problemas de multicolinearidade ($VIF > 5$). Assim, todas as variáveis associadas às atitudes corporais das gestantes foram incluídas no modelo de regressão.

Resultados

Ao todo, participaram do estudo 417 gestantes, as quais frequentavam as consultas de pré-natal na cidade de Juiz de Fora. Após a exclusão daquelas que possuíam dados incompletos ($n = 31$), chegou-se a uma amostra final de 386 voluntárias

(média de idade em anos completos de $29,32 \pm 6,04$ anos), sendo 198 do setor público e 188 do privado.

Na Tabela 1 estão apresentados os dados descritivos de cada variável da pesquisa (idade, IMC, BAQ, EAT-26, BDI, RSS e STAI).

Os valores do teste de correlação de *Pearson* estão representados na Tabela 2. Foram identificadas correlações/associações estatisticamente significativas entre todas as variáveis do estudo, exceto para a idade. A partir desses dados, verifica-se que as correlações entre o BAQ (variável desfecho) e as demais variáveis de estudo foram consideradas positivas e de magnitude moderada. Não foi identificada correlação forte entre as variáveis estudadas e o BAQ. Este resultado destaca que o construto imagem corporal é complexo e multifacetado, e que múltiplos fatores devem ser considerados para o entendimento das atitudes corporais das gestantes.

Seguiu-se com a análise de regressão linear múltipla *forward* a partir das associações demonstradas, sendo que o BAQ foi utilizado como variável critério. Esses resultados estão demonstrados na Tabela 3. O EAT-26 foi o preditor que mais explicou a variância do BAQ (22,6%). Quando as variáveis RSS, BDI e IMC foram acrescentadas, essa predição aumentou para 41,4%. Ressalta-se que a ansiedade não acrescentou explicação ao modelo e, por essa razão, foi excluída ao final da regressão.

Por fim, as prevalências dos questionários que apresentam ponto de corte foram verificadas. Com relação às classificações do EAT-26, 20,5% ($n = 79$) das gestantes apresentaram atitudes alimentares inadequadas. A partir do ponto de corte do BDI, observou-se que 78,8% ($n = 304$) das gestantes foram classificadas como sem traços depressivos, 9,1% ($n = 35$) com disforia, e 12,2% ($n = 47$) com traço de depressão.

Discussão

O presente estudo teve como premissa principal verificar a influência das atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima, ansiedade e IMC na imagem corporal de gestantes. De acordo com os achados encontrados na análise de regressão, os valores do EAT-26, da RSS, do BDI e do IMC predisseram em 41,4% os escores do BAQ. Vale destacar que embora associado ao BAQ, no modelo de regressão o STAI não acrescentou valor preditivo. Esta associação não está relacionada à possível multicolinearidade com as

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis idade, IMC, BAQ, EAT-26, BDI, RSS e STAI de gestantes de Juiz de Fora, MG.

| | Varição possível | Média | DP | Mediana | Mínimo | Máximo | Intervalo interquartil |
|-------------------------------|------------------|--------|-------|---------|--------|--------|------------------------|
| Idade (anos completos) | > 18 | 29,32 | 6,04 | 29,50 | 18 | 46 | 25-33 |
| IMC (kg/m²) | - | 27,16 | 6,75 | 26,8 | 18,7 | 47,70 | 23,6-30,8 |
| BAQ | 44-220 | 121,39 | 17,30 | 120 | 74 | 179 | 108-133 |
| EAT-26 | 0-78 | 13,82 | 9,36 | 12 | 0 | 60 | 7-19 |
| BDI | 0-63 | 10,46 | 8,84 | 8 | 0 | 49 | 4-14 |
| RSS | 0-30 | 5,78 | 3,89 | 6 | 0 | 16 | 3-9 |
| STAI | 12-48 | 31,74 | 5,60 | 32 | 21 | 48 | 28-36 |

DP - Desvio Padrão; BAQ - *Body Attitudes Questionnaire*; IMC - Índice de Massa Corporal; EAT-26 - *Eating Attitudes Test* - 26; BDI - *Beck Depression Inventory*; RSS - *Rosenberg Self-esteem Scale*; STAI - *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory*.

Tabela 2. Matriz de correlação entre as variáveis BAQ, IMC, EAT-26, BDI, RSS e STAI de gestantes de Juiz de Fora, MG.

| Variáveis | BAQ | Idade | IMC | EAT-26 | BDI | RSS | STAI |
|---------------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|------|
| BAQ | - | | | | | | |
| Idade | 0,050 | - | | | | | |
| IMC | 0,339* | 0,103* | - | | | | |
| EAT-26 | 0,478* | 0,085 | 0,135* | - | | | |
| BDI | 0,387* | -0,015 | 0,131* | 0,258* | - | | |
| RSS | 0,431* | -0,100* | 0,124* | 0,170* | 0,550* | - | |
| STAI | 0,331* | -0,177* | 0,188* | 0,302* | 0,494* | 0,403* | - |

BAQ - *Body Attitudes Questionnaire*; IMC - Índice de Massa Corporal; EAT-26 - *Eating Attitudes Test* - 26; BDI - *Beck Depression Inventory*; RSS - *Rosenberg Self-esteem Scale*; STAI - *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory*. * $p < 0,05$.

Tabela 3. Análises de regressão linear *forward* utilizando os escores do BAQ como variável critério em gestantes de Juiz de Fora, MG.

| | bloco | R ² | R ² ajustado | F | p-valor |
|--------|-------|----------------|-------------------------|---------|---------|
| EAT-26 | 1 | 0,228 | 0,226 | 113,544 | 0,0001* |
| RSS | 2 | 0,354 | 0,351 | 105,075 | 0,0001* |
| BDI | 3 | 0,364 | 0,359 | 72,930 | 0,0001* |
| IMC | 4 | 0,420 | 0,414 | 69,004 | 0,0001* |

EAT-26 - *Eating Attitudes Test* - 26; RSS - *Rosenberg Self-esteem Scale*; BDI - *Beck Depression Inventory*; IMC - Índice de Massa Corporal. * $p < 0,05$.

demais variáveis independentes, mas sim devido ao baixo valor preditivo da variável ansiedade sobre as atitudes corporais.

Estes achados corroboram tanto com o modelo teórico proposto por Thompson et al.²⁶ para a população em geral quanto com o desenvolvido por Kamysheva et al.²³ para a população de gestantes, na medida em que ambos apontam a influência de diversos fatores na busca pelo corpo ideal. Thompson et al.²⁶ apontaram que

fatores socioculturais podem exercer influência na busca do corpo ideal, podendo ser sentida de maneira diferente pelos indivíduos. Dessa forma, é possível que alguns desenvolvam transtornos alimentares ou distúrbios de imagem corporal, o que demonstra a influência de alguns fatores mediadores. O modelo teórico de Kamysheva et al.²³ acrescenta a influência da depressão, da autoestima e do IMC nas atitudes corporais negativas em gestantes. Nesse sentido, parece que a forma pela

qual a grávida avalia seu próprio valor, seu estado emocional e sua adequação quanto ao peso corporal, influencia o modo pelo qual ela se relaciona com o seu próprio corpo.

O EAT-26 foi o preditor que mais expressou a imagem corporal negativa, explicando 22,6% da variância das atitudes corporais. Corroborando esse resultado, a relação entre as atitudes corporais e as alimentares já foram analisadas na literatura^{3,20,39}. Tal associação é preocupante, já que tanto a imagem corporal negativa quanto as atitudes alimentares inadequadas são sintomas desencadeadores dos transtornos alimentares²⁷.

A autoestima acrescentou explicação ao modelo de regressão, de forma que, juntamente com o EAT-26, passaram a explicar 35,1% da variância do BAQ. Estudos realizados por Kazmierczak e Goodwin¹⁰ – em polonesas do terceiro trimestre gestacional – e Kamysheva et al.²³ – em australianas com 15 a 25 semanas de gestação – propuseram modelos teóricos avaliando ambas as variáveis. O primeiro encontrou que a imagem corporal foi considerada mediadora da autoestima. Já o segundo, verificou a influência da baixa autoestima nas atitudes corporais negativas, corroborando o presente estudo. Isso merece a atenção dos pesquisadores, já que a avaliação negativa de tais fatores pode ter consequências, tais como: parto prematuro, menor apego materno fetal e inter rompimento precoce do aleitamento⁴⁰⁻⁴⁴.

Somados às atitudes alimentares e à autoestima, os sintomas depressivos explicaram 35,9% da variância das atitudes corporais das grávidas. A depressão tem sido relacionada à imagem corporal em pesquisas com esse público^{2,14,22,45}, principalmente devido aos impactos negativos que esta pode ter para a saúde da mãe e do bebê. No presente estudo, a depressão foi considerada um dos fatores preditores para sentimentos negativos sobre o corpo. Contudo, por se tratar de um estudo transversal, a verificação da relação de causa e efeito não é possível. Dessa forma, sugere-se que essas variáveis sejam levadas em consideração em futuras investigações longitudinais no Brasil.

Por fim, o modelo final da regressão contou com o acréscimo do IMC, no qual todas as variáveis explicaram 41,4%. Estudos já foram realizados relacionando o IMC à imagem corporal de gestantes^{13,22,46-48}. Estas pesquisas concordam que quanto maior o IMC, maior o descontentamento com o corpo. Ressalta-se que por se tratar de gestantes, manter um IMC adequado reflete não só na saúde da mãe, como também na do feto.

Como objetivo secundário, este estudo buscou analisar as prevalências de atitudes alimen-

tares inadequadas e sintomas depressivos. Com relação à prevalência do EAT-26, os achados indicaram que 20,5% das gestantes apresentaram atitudes alimentares inadequadas. De maneira semelhante, Soares et al.³⁹ verificaram prevalência de 17,3% dessas condutas entre gestantes brasileiras. Por outro lado, Lai et al.²⁰ avaliaram grávidas chinesas e encontraram que 9,8% delas reportaram sintomas de transtornos alimentares. Essa discrepância pode ser justificada pelo contexto social entre ocidente e oriente que valorizam diferentes padrões estéticos⁴⁹. Ressalta-se ainda que, enquanto Soares et al.³⁹ e Lai et al.²⁰ utilizaram o *Eating Disorder Examination Questionnaire* e o *Eating Disorder Inventory-2*, respectivamente, a presente investigação valeu-se do EAT-26. Essa escolha justifica-se, já que este é um instrumento muito utilizado em pesquisas brasileiras⁵⁰⁻⁵².

Vale destacar ainda que, no estudo de validação do EAT-26 para a população adulta do Brasil, Nunes et al.³² apontam que é possível que o padrão estético direcionado para a magreza no sexo feminino possa contribuir para uma pontuação elevada neste instrumento. Alguns itens refletem práticas alimentares que se tornaram bastante comuns na população em geral, colaborando para uma superestimativa da prevalência de condutas alimentares deletérias à saúde. O ato de prestar “atenção na quantidade de calorias dos alimentos que eu como” e evitar “comer alimentos que contenham açúcar” são mais frequentes nos dias de hoje do que no período em que o instrumento foi criado⁵³. Dessa forma, maior a possibilidade de respostas positivas e, conseqüentemente, maior também a pontuação no questionário.

Levando em consideração as especificidades do período gestacional, nas questões “Corto os meus alimentos em pequenos pedaços” e “Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas”, por exemplo, as gestantes podem marcar a opção “sempre”, já que esses comportamentos influenciam no seu bem-estar físico. Pequenos pedaços de alimentos e o tempo mais lento de refeição podem contribuir para evitar náuseas, azias e no processo de digestão⁴⁶. Somado a isso, a questão “Vômito depois de comer” pode ser considerada para a grávida uma consequência dos enjoos comuns nessa fase, e não um ato consciente não saudável. Apesar disso, esse instrumento apresentou boa consistência interna para a amostra em questão ($\alpha = 0,80$).

Com relação à classificação do BDI, 12,2% das mulheres avaliadas apresentavam sintomas depressivos. Segundo estudo de revisão sistemática realizada por Lima e Tsunehiro⁵⁴, a preva-

lência de depressão pode variar de acordo com o método diagnóstico utilizado, como também com o trimestre gestacional analisado. Os autores destacam ainda que, no Brasil, essa prevalência tem variado de 12% a 38%. Ressalta-se que a presente pesquisa avaliou mulheres de todos os períodos gestacionais e essas se enquadraram no limite inferior da variância apontada por Lima e Tsunehiro⁵⁴. Reforça-se a recomendação da realização de estudos longitudinais que considerem os níveis depressivos nos diferentes trimestres gestacionais.

Assim como no EAT-26, o BDI possui algumas questões que podem superestimar o nível depressivo das gestantes. Por exemplo, o item 10 que tenta retratar o ato de chorar. Devido às mudanças emocionais e hormonais naturais da gravidez⁵⁴, a grávida pode se emocionar e chorar mais quando comparadas às não grávidas. Dessa forma, esse fato pode não estar relacionado diretamente ao estado depressivo. Contudo, na presente pesquisa, apenas 12,2% das gestantes avaliadas foram classificadas com sintomas depressivos, possivelmente devido à classificação cautelosa utilizada.

Este instrumento é aplicado clinicamente a fim de classificar os níveis de depressão de pacientes com transtornos afetivos diagnosticados. Contudo, ressalta-se que o ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Como as gestantes da presente pesquisa não possuem a patologia diagnosticada, utilizou-se a classificação proposta por Kendall et al.³⁴, considerada mais cautelosa nesse tipo de avaliação. Vale destacar que não existem parâmetros fisiológicos e/ou biológicos para avaliar as manifestações clínicas da depressão⁵⁵. O BDI tem sido utilizado a fim de medir e caracterizar o fenômeno em termos objetivos e quantitativos³³, inclusive em grávidas^{2,23,40}.

Apesar das contribuições deste estudo para o entendimento mais abrangente de aspectos da imagem corporal de gestantes, algumas limitações devem ser apontadas. Em primeiro lugar, os instrumentos utilizados não são validados para essa população específica. Entretanto, os mesmos possuem as características psicométricas avaliadas para a população adulta feminina brasileira. Somado a isso, a consistência interna foi verificada para todos os instrumentos e foi considerada adequada³⁷. Além disso, esses instrumentos já fo-

ram utilizados anteriormente em outras pesquisas avaliando gestantes^{2,23,24,40}. Sugere-se a criação e a validação de instrumentos avaliativos para essa população específica.

Em segundo lugar, o corte transversal do estudo impossibilita o estabelecimento de relação de causa e efeito entre as variáveis. Todavia, vários estudos se baseiam nessa mesma metodologia^{10,19,23,24}. Em terceiro lugar, algumas correlações encontradas, embora estatisticamente significativa, foram de intensidade moderada. Dessa forma, os resultados devem ser interpretados cautelosamente. Por fim, recomenda-se a realização de estudos longitudinais que avaliem variáveis psicológicas em gestantes, já que estas podem sofrer alterações ao longo do período gestacional.

Pode-se concluir que as atitudes alimentares inadequadas, a baixa autoestima, os sintomas depressivos e o elevado IMC estiveram relacionados e exerceram influência sobre as atitudes corporais negativas das gestantes avaliadas. Apesar de estar correlacionada a uma imagem corporal negativa, a ansiedade não predisps significativamente os sentimentos relacionados ao corpo na amostra da presente pesquisa. Ademais, os achados indicaram que 20,5% e 12,2% das participantes apresentaram condutas alimentares deletérias à saúde e sintomas de depressão, respectivamente. A avaliação e a orientação nutricional e psicológica são recomendadas em gestantes a fim de detectar e prevenir psicopatologias, tendo em vista a saúde materna e infantil.

Colaboradores

JFF Meireles contribuiu com a concepção e delineamento do projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. CM Neves, PHB Carvalho e MEC Ferreira contribuíram com a análise e a interpretação dos dados e revisão crítica do artigo. Todos os autores aprovaram a versão a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Gestação de alto risco: Manual técnico*. Brasília: MS; 2012.
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. Rocco PL, Orbitello B, Perini L, Pera V, Ciano RP, Balestrieri M. Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. *J Psychosom Res* 2005; 59(3):175-179.
4. Piccinini CA, Lopes RS, Gomes AG, De Nardi T. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicol Estud* 2008; 13(1):63-72.
5. Segato L, Andrade A, Vasconcellos DIC, Matias TS, Rolim MKSB. Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. *Rev Edu Fis/UEM* 2009; 20(1):121-129.
6. Bjelica A. Pregnancy as a stressful life event and strategies for coping with stress in women with pregnancy-induced hypertension. *Med Pregl* 2004; 57(7-8):363-368.
7. Huizink AC, Medina PGR, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *J Child Psychol Psychiatry* 2003; 44(6):810-818.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual técnico de pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada*. Brasília: MS; 2005.
9. Mann L, Kleinpaul JF, Mota CB, Santos, SG. Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. *Motriz* 2010; 16(3):730-741.
10. Kazmierczak M, Goodwin R. Pregnancy and body image in Poland: Gender roles and self-esteem during the third trimester. *J Reprod Infant Psychol* 2011; 29(4):334-342.
11. Gow RW, Lydecker JA, Lamanna JD, Mazzeo SE. Representations of celebrities' weight and shape during pregnancy and postpartum: A content analysis of three entertainment magazine websites. *Body Image* 2012; 9(1):172-175.
12. Loth KA, Bauer KW, Wall M, Berge J, Neumark-Sztainer D. Body satisfaction during pregnancy. *Body Image* 2011; 8(3):297-300.
13. Sui Z, Turnbull D, Dodd J. Effect of body image on gestational weight gain in overweight and obese women. *Women Birth* 2013; 26(4):267-272.
14. Sweeney AC, Fingerhut R. Examining relationships between body dissatisfaction, maladaptive perfectionism, and postpartum depression symptoms. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2013; 42(5):551-561.
15. 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):102-113.
16. Cash TF, Smolak L. *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011.
17. Ferreira MEC, Castro MR, Morgado FFR. *Imagem corporal: Reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa*. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2014.
18. Slade PD. What is body image? *Behav Res Ther* 1994; 32(5):497-502.
19. Bagheri M, Dorosty A, Sadrzadeh-Yeganeh H, Eshraghian M, Amiri E, Khamoush-Cheshm N. Pre-pregnancy body size dissatisfaction and excessive gestational weight gain. *Matern Child Health J* 2013; 17(4):699-707.
20. Lai BP, Tang CS, Tse WK. Prevalence and psychosocial correlates of disordered eating among Chinese pregnant women in Hong Kong. *Eat Disord* 2005; 13(2):171-186.
21. Dunker KLL, Alvarenga MS, Alves VPO. Transtornos alimentares e gestação: Uma revisão. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58(1):60-68.
22. 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):381-390.
23. Kamyshvea E, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. 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* 2008; 5(2):152-163.
24. 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):1314-1319.
25. Araújo DMR, Pacheco AHRN, Pimenta AM, Kac G. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2008; 8(3):333-340.
26. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington: American Psychological Association; 1999.
27. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*. 5th ed. Washington: APA; 2014.
28. Meireles JFF, Neves CM, Carvalho PHB, Ferreira MEC. Insatisfação corporal em gestantes: Uma revisão integrativa da literatura. *Cien Saude Colet* 2015; 20(7):2089-2101.
29. 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):319-324.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ):Manual Instrutivo*. Brasília: MS; 2012.
31. Scagliusi FB, Polacow VO, Cordás TA, Coelho D, Alvarenga M, Philippi ST, Lancha Júnior AH. Psychometric testing and applications of the Body Attitudes Questionnaire translated into Portuguese. *Percept Mot Skills* 2005; 101(1):25-41.

32. 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):1655-1662.
33. 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* 1998; 29(4):453-457.
34. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CI, Ingram RE. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cogn Ther Res* 1987; 11(3):289-299.
35. 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.
36. 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):485-494.
37. Streiner DL. Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess* 2003; 80(1):99-103.
38. Razali NM, Wah YB. Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *J Stat Model Anal* 2011; 2(1):21-33.
39. Soares RM, Nunes MA, Schmidt MI, Giacomello A, Manzolli P, Camey S, Buss C, Drehmer M, Melere C, Hoffman J, Ozcariz S, Manenti CN, Pinheiro AP, Duncan BB. Inappropriate eating behaviors during pregnancy: Prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in southern Brazil. *Int J Eat Disord* 2009; 42(5):387-393.
40. 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):503-515.
41. Dias MS, Silva RA, Souza LDM, Lima RC, Pinheiro RT, Moraes IGS. Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2787-2797.
42. Dubow EF, Luster T. Adjustment of children born to teenage mothers: The contribution of risk and protective factors. *J Marriage Fam* 1990; 52(2):393-404.
43. Edwards CH, Cole OJ, Oyemade UJ, Knight EM, Johnson AA, Westney OE, Laryea H, West W, Jones S, Westney LS. Maternal stress and pregnancy outcomes in a prenatal clinic population. *J Nutr* 1994; 124(6 Supl.):1006-1021.
44. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGS, Jansen K, Pinheiro RT. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: Prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica* 2010; 26(9):1832-1838.
45. 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):347-361.
46. Davies K, Wardle J. Body image and dieting in pregnancy. *J Psychosom Res* 1994; 38(8):787-799.
47. Fox P, Yamaguchi C. Body image change in pregnancy: a comparison of normal weight and overweight primigravidas. *Birth* 1997; 24(1):35-40.
48. Hauff LE, Demerath EW. Body image concerns and reduced breastfeeding duration in primiparous overweight and obese women. *Am J Hum Biol* 2012; 24(3):339-349.
49. Grogan S. Body image development in adulthood. In: Cash TF, Smolak L, editors. *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011. p. 93-100.
50. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Rev Psiquiatr Clin* 2011; 38(1):3-7.
51. Bosi MLM, Luiz RR, Uchimura KY, Oliveira FP. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57(1):28-33.
52. Carvalho PHB, Filgueiras JF, Neves CM, Coelho FD, Ferreira MEC. Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. *J Bras Psiquiatr* 2013; 62(2):108-114.
53. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9(2):273-279.
54. Lima MOP, Tsunehiro MA. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: Uma revisão sistemática. *Mundo da Saúde* 2008; 32(4):530-536.
55. Parcias S, Rosario BP, Sakae T, Monte F, Guimarães ACA, Xavier AJ. Validação da versão em português do Inventário de Depressão Maior. *J Bras Psiquiatr* 2011; 60(3):164-170.

Artigo apresentado em 15/06/2015

Aprovado em 20/01/2016

Versão final apresentada em 22/01/2016

