



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO NEUROPSIQUIATRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

BÁRBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI

**ASSOCIAÇÃO ENTRE INSATISFAÇÃO CORPORAL, SINTOMAS DEPRESSIVOS
E COMER INTUITIVO EM GESTANTES DE ALTO RISCO**

Recife
2022

BÁRBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI

**ASSOCIAÇÃO ENTRE INSATISFAÇÃO CORPORAL, SINTOMAS DEPRESSIVOS
E COMER INTUITIVO EM GESTANTES DE ALTO RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Área de concentração: Neurociências.

Orientadora: Dr^a Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

Coorientador: Dr^o Amaury Cantilino da Silva Junior

Recife

2022

Catálogo na fonte:
Elaine Freitas, CRB4:1790

L765a	Lippi, Bárbara Pereira de Melo Medeiros Associação entre insatisfação corporal, sintomas depressivos e comer intuitivo em gestantes de alto risco / Bárbara Pereira de Melo Medeiros Lippi . – 2022. 83 f.; il. Orientadora: Rosana Christine Cavalcanti Ximenes. Coorientador: Amaury Cantilino da Silva Junior. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2022. Inclui referência, apêndices e anexo. 1. Imagem corporal. 2. Depressão. 3. Comportamento alimentar. 4. Gravidez. I. Ximenes, Rosana Christine Cavalcanti. (orientadora). II. Silva Junior, Amaury Cantilino da (coorientador) Título. 618.97 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2022 - 115)
-------	---

BÁRBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI

**ASSOCIAÇÃO ENTRE INSATISFAÇÃO CORPORAL, SINTOMAS DEPRESSIVOS
E COMER INTUITIVO EM GESTANTES DE ALTO RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Área de concentração: Neurociências.

Dissertação aprovada em 18/02/2022

Dr^a Sandra Lopes De Souza
Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Dr^o Tiago Queiroz Cardoso
Instituição: Instituto Dr Tiago Queiroz

Dr^o Rafael Danyllo da Silva Miguel
Instituição: Universidade Federal de Alagoas, Campus ARAPIRACA

Recife
2022

A todas as mulheres. Em especial, àquelas que fazem parte do meu clã: mãe, irmãs,
tias, avós e bisavós. Suas histórias me fortalecem.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora Dr^a Rosana Ximenes, por ter me acolhido em seu grupo de pesquisa, compartilhado seus conhecimentos e me instruído nesse estudo. Ao meu coorientador, professor Dr^o Amaury Cantilino, por ter confiado em meu potencial desde nossa primeira conversa, me aberto as portas na pós-graduação e me incentivado a me desenvolver como pesquisadora.

À banca examinadora, Dr^a Sandra Lopes, Dr^o Tiago Queiroz e Dr^o Rafael Danylo, que se dispuseram a estudar sobre minha pesquisa e me ajudar a aprimorá-la.

Ao Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, por todo o conhecimento compartilhado e incentivo à pesquisa científica.

Ao Programa de Pré-natal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, por ter me recebido e apoiado durante minha coleta de dados. Ao colega Lourenço Freitas, pela companhia nos dias de coleta e produção científica.

Às gestantes voluntárias por terem confiado no trabalho e disponibilizado seu tempo para construção dessa pesquisa.

Ao grupo de pesquisa Transtornos Alimentares da Universidade Federal de Pernambuco pela partilha de conhecimentos. Um agradecimento especial à Priscila Maia, pela supervisão nessa construção, e aos colegas Vinícius Belém, Wesley Álex e Alisson Santos, pelo suporte quando necessário. Contem comigo.

Ao meu Daniel Lippi, meu parceiro de apoio incondicional e de muitos aprendizados sobre Ciência. É um prazer compartilhar a vida com você.

À minha mãe, Solange Pereira, por ter desenvolvido em mim a autoconfiança e autoestima para voar alto e me desenvolver cada vez mais como profissional e como indivíduo. Ao meu pai (*im memoriam*), Francisco de Paula, que me fez encontrar um artigo científico de sua autoria quando precisei de um apoio para continuar. Eu sei que foi você, muito obrigada.

À minha família, por ter me dado a base necessária para acreditar na educação. Especialmente, aos meus irmãos, Francisco Elber, Carla Pereira e Clara Pereira e à

minha cunhada e amiga, Tassiana Persil, por sempre me fazerem me sentir realmente especial; e às minhas avós, Zilpa Barros e Olívia Melo, por me ensinarem sobre resiliência e independência como mulheres.

Aos meus amigos e pesquisadores, Walter Dennis, Cledson Pedro e Cláudio Henrique, pela escuta acolhedora, ensinamentos em pesquisa científica e apoio de sempre.

À Universidade Federal de Pernambuco, por ter me acolhido nos últimos anos, em duas graduações, um mestrado e diversos projetos em pesquisa e extensão. Tenho memórias especiais e aprendizados além do conhecimento técnico, que levarei com grande admiração por onde eu for.

Por fim, mas longe de ser o menos importante, ao meu Deus, que foi colo e em diversos momentos durante esse mestrado acendeu o pensamento-sentimento: “Descansa. Quem está ao seu lado não dorme”. Não esquecerei. Obrigada.

“Uma fixação cultural na magreza feminina não é uma obsessão com a beleza feminina, mas uma obsessão com a obediência feminina” (WOLF, 2020, p. 272).

RESUMO

Mudanças vividas do período gestacional podem promover a insatisfação com a imagem corporal, aumentar o risco para distúrbios de humor como a depressão e promover alterações no comportamento alimentar, comprometendo a saúde da mãe e do feto. Sendo assim, este estudo objetivou avaliar a relação entre insatisfação corporal, sintomas depressivos e comer intuitivo em gestantes acompanhadas em ambulatório de alto risco. Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado com 113 gestantes, maiores de 18 anos, atendidas no programa de pré-natal de alto risco de hospital universitário de referência no nordeste do Brasil. Para avaliação da insatisfação corporal, sintomas depressivos e comer intuitivo foram utilizados instrumentos autoaplicáveis (Body Shape Questionnaire, Inventário de Depressão de Beck e Intuitive Eating Scale-2). A prevalência de insatisfação corporal e presença de sintomas depressivos na amostra foi de 28,32% e 32,74%, respectivamente. O escore médio para comportamento alimentar intuitivo foi de $3,28 \pm 0,56$. Houve correlação entre as variáveis de insatisfação corporal, sintomas depressivos e comer intuitivo ($p < 0,001$), assim como entre insatisfação corporal e IMC prévio e IMC gestacional ($p < 0,001$). Conclui-se que o comer intuitivo pode ser um fator protetivo para a insatisfação corporal e para sintomas depressivos durante a gestação de alto risco. Sugere-se futuras investigações para identificar como esses parâmetros se comportam de acordo com a idade gestacional.

Palavras-chave: imagem corporal; depressão; comportamento alimentar; gravidez.

ABSTRACT

Changes experienced during pregnancy can promote dissatisfaction with body image, increase the risk for mood disorders such as depression, and promote changes in eating behavior, compromising the health of the mother and fetus. Thus, this study aimed to evaluate the relationship between body dissatisfaction, depressive symptoms and intuitive eating in pregnant women followed up in a high-risk outpatient clinic. This is a cross-sectional observational study, carried out with 113 pregnant women over 18 years old, seen at the high-risk prenatal program of a reference university hospital in northeastern Brazil. Self-administered instruments (Body Shape Questionnaire, Inventário de Depressão de Beck and Intuitive Eating Scale-2) were used to assess body dissatisfaction, depressive symptoms and intuitive eating. The prevalence of body dissatisfaction and presence of depressive symptoms in the sample was 28.32% and 32.74%, respectively. The mean score for intuitive eating behavior was 3.28 ± 0.56 . There was a correlation between the variables of body dissatisfaction, depressive symptoms and intuitive eating ($p < 0.001$), as well as between body dissatisfaction and previous BMI and gestational BMI ($p < 0.001$). It is concluded that intuitive eating may be a protective factor for body dissatisfaction and depressive symptoms during high-risk pregnancy. Future research is suggested to identify how these parameters behave according to gestational age.

Keywords: body image; depression; feeding behavior; pregnancy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1	IMAGEM CORPORAL E GESTAÇÃO.....	15
2.2	COMPORTAMENTO ALIMENTAR E GESTAÇÃO.....	17
2.2.1	<i>Comer Intuitivo.....</i>	20
2.3	DEPRESSÃO E GESTAÇÃO.....	22
2.4	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.....	24
3	HIPÓTESE.....	25
54	OBJETIVOS.....	26
4.1	OBJETIVO GERAL.....	26
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
5	MATERIAIS E MÉTODOS.....	27
5.1	DESENHO DA PESQUISA.....	27
5.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	27
5.3	LOCAL DA PESQUISA.....	27
5.4	AMOSTRA DE PARTICIPANTES.....	28
5.5	COLETA DE DADOS.....	28
5.5.1	<i>Avaliação dos aspectos pessoais e sociodemográficos.....</i>	29
5.5.2	<i>Avaliação antropométrica e aspectos gestacionais.....</i>	29
5.5.3	<i>Insatisfação Corporal.....</i>	30
5.5.4	<i>Comportamento Alimentar Intuitivo.....</i>	31
5.5.5	<i>Sintomas Depressivos.....</i>	32

5.6	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	33
5.6.1	<i>Critérios de inclusão</i>	33
5.6.2	<i>Critérios de exclusão</i>	33
5.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	34
6	RESULTADOS OBTIDOS.....	36
7	DISCUSSÃO.....	45
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	50
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
10	CONCLUSÃO.....	52
11	PERSPECTIVAS FUTURAS.....	53
	REFERÊNCIAS.....	54
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	65
	APÊNDICE B – PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA.....	71
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	73

1 INTRODUÇÃO

O período gestacional constitui um momento de vulnerabilidade psicoemocional para as mulheres, devido às diversas mudanças físicas, fisiológicas e do seu papel social ao longo de um tempo relativamente curto (SEGATO et al., 2009; SKOUTERIS et al., 2005). Além disso, algumas gestações são vivenciadas com condições que podem pôr em risco a saúde da mãe e do feto, sendo classificadas como gestação de alto risco (BRASIL, 2006), colocando-as em situação de maior angústia mental (RODRIGUES et al., 2016). A classificação como gestação de alto risco no Brasil pode envolver características individuais, condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior com complicações, presença de doenças crônicas e doença obstétrica na gravidez atual (BRASIL, 2006).

Gestantes vivem diversas variações de peso e tamanho do corpo (ROOMRUANGWONG et al., 2017), visto que o ganho de peso corporal é recomendado durante a gestação, variando de sete a dezoito quilogramas, a depender do estado nutricional inicial da gestante (BRASIL, 2006). Porém, mesmo esperadas, essas mudanças corporais podem promover a insatisfação e difícil adaptação ao novo peso e conceito corporal (SHLOIM et al., 2015). Variações relacionadas ao aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) na gestação estão associadas à maior insatisfação corporal (SUI; TURNBULL; DODD, 2013), assim como gestantes em estado de excesso de peso demonstram mais preocupações com a forma e peso corporal, associados à menor confiança e identidade com os seus corpos (HAUFF; DEMERATH, 2012).

A imagem corporal refere-se à forma como um corpo é autopercebido. Para Thompson (1996), esse conceito possui três componentes: perceptivo, subjetivo e comportamental. O componente perceptivo corresponde à forma como o corpo ele é autopercebido em questão física, sobre seu tamanho e peso corporal; enquanto o subjetivo é relativo à satisfação com essa aparência ou os sentimentos relacionados à mesma; e, por fim, o comportamental condiz com como o indivíduo se comporta a experimentar desconfortos com a sua aparência corporal. Roomruangwong et al. (2017) sugeriram que cerca de 1/3 das gestantes sofrem de distúrbios de imagem corporal, sendo a autopercepção que está menos atraente agravada com o decorrer da gestação (CHAN et al., 2020).

A insatisfação com a imagem corporal durante a gestação pode sugerir a presença de transtornos de humor e de ansiedade; inclusive, indicando maior risco para presença dos distúrbios de humor no pós-parto (CLARK et al., 2009; DOWNS; DINALLO; KIRNER, 2008; ROOMRUANGWONG et al., 2017). A depressão durante esse período ameaça a saúde corporal da mãe e do feto, aumentando o risco para tentativas suicidas, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, aborto espontâneo, sangramentos durante a gestação, retardo no crescimento neonatal, parto prematuro espontâneo, óbito do feto, baixo peso ao nascer e altos níveis de cortisol no bebê (BONARI et al., 2004; GELAYE et al., 2016). Além disso, gestantes com depressão podem ter afetada a sua capacidade de buscar acompanhamento pré-natal e de evitar comportamentos prejudiciais, como ingerir bebidas alcoólicas e fazer uso de tabaco (BONARI et al., 2004).

A insatisfação corporal relaciona-se com padrões de comportamento alimentar, especialmente influenciando a restrição alimentar de forma cognitiva (DUNCOMBE et al., 2008). A restrição alimentar pode trazer consequências maléficas para o metabolismo do indivíduo que, ao longo do tempo, podem promover a obesidade (MICALI et al., 2018). Algumas dessas consequências no corpo são: redução do gasto energético total e de repouso por quilo de massa magra, maior eficiência no uso energético dos alimentos e reganho de peso, especialmente em forma de gordura corporal, no período pós restrição (DULLOO; JACQUET; MONTANI, 2012), para gestantes, sabe-se que fazer dietas estimula a percepção de fome (MICALI et al., 2018), o comer em excesso e a desinibição sobre a alimentação (CLARK; OGDEN, 1999).

O comportamento alimentar intuitivo consiste no conceito de alimentar-se seguindo os sinais internos de fome e saciedade e em respeito às necessidades do corpo, evitando-se as influências das emoções nas escolhas alimentares e das regras alimentares externas, que promovem a proibição alimentar (TYLKA; WILCOX, 2006). Esse padrão de comportamento tem sido considerado por pesquisadores como uma alternativa para evitar o ganho de peso excessivo e desenvolvimento da obesidade (CHRISTOPH et al., 2021; HAWKS; MERRILL; MADANAT, 2004), inclusive associado ao ganho de peso adequado durante a gestação (PATERSON et al., 2019; PLANTE et al., 2019b) e menor retenção de peso pós-parto (LEAHY et al., 2017). Além disso, outros benefícios têm sido apontados para essa prática: diminuição do risco

cardiovascular (HAWKS et al., 2005), menor risco para transtornos alimentares (VAN DYCK et al., 2016) e práticas extremas de controle do peso (vômitos e jejuns, por exemplo), melhor adequação do consumo alimentar (CHRISTOPH et al., 2021; HAZZARD et al., 2021), menor presença de sintomas depressivos (HAZZARD et al., 2021), controle nos níveis de glicemia na diabetes gestacional (QUANSAH et al., 2019) e maior autocompaixão e percepção corporal positiva em estudantes mulheres (SCHOENEFELD; WEBB, 2013).

Dessa forma, compreender como a insatisfação corporal e a depressão podem influenciar o comportamento alimentar de gestantes pode aumentar a possibilidade de rastreio e direcionamento ao tratamento adequado. Sendo assim, essa pesquisa teve como objetivo principal avaliar possíveis associações entre insatisfação corporal, sintomas depressivos e comer intuitivo em gestantes acompanhadas em ambulatório de alto risco.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 IMAGEM CORPORAL E GESTAÇÃO

A imagem corporal tem sido investigada na literatura como: (in)satisfação corporal (CLARK; OGDEN, 1999; NOBRE et al., 2014; SHLOIM et al., 2015), satisfação com o peso (BAKER et al., 1999), familiaridade com o próprio corpo (ROCCO et al., 2005), comparação com outros corpos (DRYER; GRAEFIN VON DER SCHULENBURG; BRUNTON, 2020; ROCCO et al., 2005), preocupação com o formato e/ou peso corporal (GONÇALVES et al., 2015; MICALI; TREASURE; SIMONOFF, 2007; SOARES et al., 2009), percepção de pressões sociais sobre o peso e/ou corpo (BAKER et al., 1999; DRYER; GRAEFIN VON DER SCHULENBURG; BRUNTON, 2020), preferência sobre a imagem corporal antes da gestação (FENG et al., 2021), medo sobre o ganho de peso ou controle do peso (SAVARD et al., 2021), atitudes corporais (MEIRELES et al., 2017, 2019), atitudes com o ganho de peso (SAVARD et al., 2021), internalização do corpo magro e engajamento em conversas depreciativas sobre o corpo (DRYER; GRAEFIN VON DER SCHULENBURG; BRUNTON, 2020).

A insatisfação corporal da mulher varia de acordo com a sua fase de vida. Apesar do medo sobre o ganho de peso durante a gestação, há uma aceitação social da mudança do corpo nessa fase (NASH, 2012), sendo assim, a insatisfação corporal tende à atenuação (BAKER et al., 1999; CLARK; OGDEN, 1999; LOTH et al., 2011; MICALI; TREASURE; SIMONOFF, 2007). Apesar de Davies e Wardle (1994) não terem encontrado diferença entre a insatisfação com o corpo de gestantes e não-gestantes, as não-gestantes tomam mais atitudes visando o emagrecimento e percebem seus corpos maiores. Mulheres sentem-se preocupadas com o peso e o corpo ou em serem julgadas sobre estarem engordando quando ainda não estão visivelmente grávidas, porque ser gorda significa falhar sobre o estereótipo da mulher moderna e põe em risco o seu potencial como mulher na maternidade (DAVIES; WARDLE, 1994; NASH, 2012).

Nobre et al. (2014) investigaram a insatisfação corporal em uma amostra composta apenas por gestantes com algum nível de excesso de peso e foi encontrada a prevalência de 71,5%. Variações do peso estão relacionadas à maior insatisfação

corporal em gestantes (ROOMRUANGWONG et al., 2017; SUI; TURNBULL; DODD, 2013), assim como aquelas em estado de sobrepeso/obesidade demonstram mais preocupações com a forma e peso corporal (SHLOIM et al., 2015), associadas à menor confiança e identidade com os seus corpos, quando comparadas àquelas com peso adequado (HAUFF; DEMERATH, 2012).

O construto da imagem corporal é complexo e multifacetado, e múltiplos fatores devem ser considerados para o entendimento das atitudes corporais das gestantes. Nível de escolaridade, estado civil, número de gestações, relação com o pai do bebê, planejamento da gestação, pensamento sobre o aborto, nível socioeconômico (MEIRELES et al., 2019) e até mesmo a nacionalidade (SHLOIM et al., 2015); são fatores sociodemográficos que podem influenciar essa percepção da autoimagem. Além disso, os transtornos de humor, como ansiedade e depressão, se relacionam com a imagem corporal negativa (DRYER; GRAEFIN VON DER SCHULENBURG; BRUNTON, 2020; MEIRELES et al., 2017, 2019). Quando presentes no período pré-gestacional, esses transtornos são apontados como preditores para a insatisfação corporal nos três trimestres gestacionais, elevando o risco para a depressão pós-parto (CHAN et al., 2020). Distúrbios de imagem têm sido apontados como importante chave no diagnóstico precoce da depressão perinatal (ELISE et al., 2019). Essa insatisfação afeta o convívio social das gestantes, visto que devido à preocupação com o corpo e sua aparência, essas mulheres afirmam evitar realizarem atividades externas (SHLOIM et al., 2015). Inclusive, gestantes obesas se sentem estigmatizadas e receiam sofrerem gordofobia em serviços de saúde, embora sintam-se ansiosas por receberem orientações (FAUCHER; MIRABITO, 2020).

A fase pré-gestacional é relevante para construção da imagem corporal da gestante. Gestantes com status de sobrepeso antes da gestação possuem mais atitudes corporais positivas do que aquelas com peso eutrófico ou obesidade, especialmente no que diz respeito a sentir menos medo e preocupação sobre o ganho de peso (SAVARD et al., 2021). Hipoteticamente isso ocorre porque para mulheres eutróficas as mudanças corporais são mais drásticas (SAVARD et al., 2021) e mulheres obesas já se sentem julgadas e estigmatizadas (FAUCHER; MIRABITO, 2020), podendo o período gestacional amplificar esse sentimento (HAN; BREWIS; WUTICH, 2016).

Diversos instrumentos são utilizados para avaliar as dimensões da imagem corporal. A dimensão atitudinal representa aspectos relacionados ao afeto (emoção e sentimento), cognição (representações mentais) e atitudes sobre o corpo (comportamento) (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020). O Body Shape Questionnaire (BSQ), lançado originalmente por Cooper et al. (1987), é um instrumento de autorrelato que avalia a dimensão atitudinal e o componente afetivo da imagem corporal, auxiliando a mensuração da insatisfação e preocupação com a forma e peso corporal nas últimas quatro semanas. Esse instrumento foi desenvolvido a partir de entrevistas estruturadas com mulheres do Reino Unido, incluindo pacientes de bulimia e anorexia nervosa (COOPER et al., 1987). Essa ferramenta existe na versão em português, está validada para a população brasileira (DI PIETRO; XAVIER DA SILVEIRA, 2009) e é utilizada em estudos com gestantes, para avaliar distorções da imagem corporal relacionada a transtornos alimentares (NOBRE et al., 2014).

2.2 COMPORTAMENTO ALIMENTAR E GESTAÇÃO

O comportamento alimentar é um termo amplo que engloba escolhas e motivadores alimentares, além de cognições e afetos que influenciam ações e condutas relacionadas ao comer. Na ciência comportamental, o estudo do comportamento alimentar envolve fatores pessoais, sociais, culturais, ambientais e econômicos; considerando que o alimento, a quantidade, o modo e o porquê de as pessoas comerem possuem influência em sua saúde (ALVARENGA et al., 2015).

Durante a gestação, esse comportamento tem sido investigado a partir de motivadores para comer e podem ser encontrados diferentes parâmetros avaliados, como por exemplo: preocupações sobre a comida (GONÇALVES et al., 2015), desejos alimentares particulares (FENG et al., 2021), restrição alimentar (GONÇALVES et al., 2015; SHLOIM et al., 2015; SOARES et al., 2009), comer emocional (SHLOIM et al., 2015), preocupação sobre o autocontrole com a comida (BAKER et al., 1999; CLARK; OGDEN, 1999), comer intuitivo (SAVARD et al., 2021), compulsão alimentar (DAVIES; WARDLE, 1994; NOBRE et al., 2014), excesso alimentar (CLARK; OGDEN, 1999; FENG et al., 2021; SAVARD et al., 2021) e outros sinais ou diagnósticos de transtornos alimentares (DRYER; GRAEFIN VON DER

SCHULENBURG; BRUNTON, 2020; MICALI; TREASURE; SIMONOFF, 2007; ROCCO et al., 2005).

A gestação é uma fase protetiva contra comportamentos alimentares disfuncionais e de riscos para transtornos alimentares, reduzindo a restrição alimentar (DAVIES; WARDLE, 1994), e estimulando o autocontrole sobre a alimentação (CLARK; OGDEN, 1999). Geralmente, há maior aceitação sobre o ganho de peso (DAVIES; WARDLE, 1994; MICALI; TREASURE; SIMONOFF, 2007) e atenção sobre o bem-estar do feto, que a permite desenvolver menos comportamentos de controle do peso corporal e práticas de cuidado mais frequentes que o usual (DAVIES; WARDLE, 1994; ROCCO et al., 2005). O desejo de mudar os hábitos alimentares na gestação refletem o esforço dessas mulheres em equilibrar mudanças fisiológicas que acompanham a gravidez, objetivando uma gravidez saudável. As razões mais comuns que influenciam o comportamento e escolha alimentar da gestante envolvem: saúde do bebê, preocupação com riscos, aversões e náuseas (FORBES et al., 2018).

O período pré-gestacional é um fator determinante ao avaliar o comportamento alimentar durante a gestação. Comportamentos alimentares disfuncionais presentes antes persistem durante a gestação, embora haja uma tendência à atenuação nesse período (DAVIES; WARDLE, 1994; ROCCO et al., 2005; SOARES et al., 2009). Gestantes com histórico de dietas aderem a mais comportamentos de restrição alimentar (BAKER et al., 1999) e se sentem mais desapontadas com o ganho de peso gestacional (DAVIES; WARDLE, 1994). Ao término da gestação e aumento da insatisfação corporal, a restrição alimentar aumenta nas gestantes (BAKER et al., 1999), especialmente para aquelas com histórico de dietas (ROCCO et al., 2005), e mesmo aquelas mulheres que não faziam restrições alimentares no período pré-gestacional buscam perder peso na fase pós-parto (BAKER et al., 1999).

Objetivar a restrição alimentar durante o período gestacional possui efeitos na intensificação em comer em excesso (MICALI et al., 2018), preocupação com a comida, desinibição sobre a alimentação e autocontrole sobre o comer (CLARK; OGDEN, 1999). Para Clark e Ogden (1999), esse comportamento não parece influenciar o ganho de peso durante a gestação, e para Baker et al. (1999), esse foi um fator de risco para o excesso de peso no período pós-parto. Em um estudo longitudinal com mais de 11.000 gestantes, foi visto que a perda de controle no comer era vivida por mais de 1/3 das mulheres, aumentando o risco para o ganho de peso

gestacional excessivo. Esse descontrole alimentar está intimamente relacionado à maior prevalência de restrições alimentares (MICALI et al., 2018). Nem sempre o aspecto de restrição alimentar está associado a aspectos psicológicos. Aspectos socioeconômicos, como condições financeiras precárias, presença de outros filhos ou falta de ocupação atual, influenciam a não aceitação da gestação pela mulher (BAIÃO; DESLANDES, 2008). A não aceitação da gestação, vivenciada muitas vezes com insatisfações, tristezas e depressão, associa-se à redução do apetite e, consequentemente, à pouca ou nenhuma vontade de comer vivenciada pela mulher e perda de peso, às vezes, acentuada. Apesar de mais frequente no primeiro trimestre, esse tipo de comportamento pode se estender por toda a gestação (BAIÃO; DESLANDES, 2008).

Apesar da gestação ter perfil protetivo para transtornos alimentares (CLARK; OGDEN, 1999; ROCCO et al., 2005), gestantes com histórico recente de transtornos alimentares continuam com os sintomas durante a gestação, embora em menores intensidades (MICALI; TREASURE; SIMONOFF, 2007). Episódios de compulsão alimentar na gestação são frequentemente relatados na literatura (GONÇALVES et al., 2015; SOARES et al., 2009), alcançando até 29% da amostra apresentando ao menos um episódio no último mês (GONÇALVES et al., 2015). A compulsão alimentar pode ser associada positivamente a preocupação com o peso durante a gestação, sintomas de ansiedade e depressão atuais, IMC pré-gestacional baixo ($<19.8 \text{ kg/m}^2$) e ganho de peso gestacional excessivo (SOARES et al., 2009). A pica também é um transtorno alimentar frequente nesse grupo, com prevalência de 5,7% em gestantes de alto risco, sendo a geofagia a mais comumente encontrada. Esse transtorno esteve relacionado à preocupação corporal e passar tempo excessivo pensando em comida, além de outros transtornos alimentares, como anorexia nervosa e bulimia nervosa (SANTOS et al., 2016).

Atitudes alimentares inadequadas apresentam relação com baixa autoestima, transtornos psiquiátricos (GONÇALVES et al., 2015; MEIRELES et al., 2019), IMC gestacional e exercícios excessivos (GONÇALVES et al., 2015). Gestantes que praticam o comer desatento e comem de acordo com as emoções possuem maior risco de ganho de peso corporal excessivo para o período e maiores IMC, respectivamente (FENG et al., 2021; SHLOIM et al., 2015). Além disso, IMC e ganho de peso gestacionais podem ser apontados como preditores do comer disfuncional

em gestantes (GONÇALVES et al., 2015). Fatores culturais e sociodemográficos também parecem influenciar o comportamento alimentar das gestantes, como nacionalidade (SHLOIM et al., 2015) e classe social (MEIRELES et al., 2019). Sendo aquelas com menos privilégios sociais, como nível educacional e classe social mais baixos ou até mesmo viver em zonas de conflito e violência, associadas a atitudes alimentares mais inadequadas e menor bem-estar (MEIRELES et al., 2019; SHLOIM et al., 2015).

2.2.1 Comer Intuitivo

Em resposta ao conhecimento dos impactos das restrições alimentares e padrões de dietas na saúde de indivíduos, houve o aumento do interesse sobre alternativas para o manejo do peso como, por exemplo, o “comer intuitivo” ou muitas vezes chamado de “comer normal” e “comer adaptativo” (VAN DYKE; DRINKWATER, 2014). Esse comportamento foi descrito pela primeira vez em revistas científicas por Gast e Hawks (1998), como um novo paradigma sobre as alternativas até então utilizadas para manejo do peso corporal, sendo elas a intervenção médica, restrição calórica e restrição de gordura; que apresentavam dúvidas sobre seu impacto no longo prazo.

O comer intuitivo é oposto aos distúrbios alimentares e associado à promoção da saúde e bem-estar de indivíduos. É uma abordagem nutricional não centrada em dietas e os estudos o avaliam a partir de alguns princípios: (1) comer quando está com fome; (2) parar de comer quando não está com fome ou cheio; e (3) não realizar restrições sobre tipos de comida a não ser por razões médicas (VAN DYKE; DRINKWATER, 2014). Tem como preceito principal o comer por razões fisiológicas, baseado no conceito de que o corpo humano possui conhecimento intrínseco sobre a quantidade e qualidade dos alimentos que devem ser ingeridos para manutenção do peso corporal saudável e saúde nutricional (GAST; HAWKS, 1998).

Dietas, regras sociais, vivências familiares e traumas mitigam essa sabedoria corporal e, conseqüentemente, induzem ao consumo de alimentos sem necessariamente haver congruência com a necessidade corporal (VAN DYKE; DRINKWATER, 2014). Inclusive, influências ambientais positivas, como a aceitação

incondicional social, favorecem a percepção corporal positiva e apreciação do corpo, melhorando a sintonização sobre as necessidades do corpo e, conseqüentemente, o comer intuitivo (AVALOS; TYLKA, 2006). As restrições alimentares são evitadas, seja sobre qualidade ou quantidade do alimento, exceto em casos relacionados a patologias, como diabetes, alergias e intolerâncias (TYLKA, 2006).

Desde 2004, a alimentação intuitiva tem sido metrificada a partir de escalas. A primeira escala a ser publicada e validada foi construída por Hawks et al. (2004), como um instrumento de 27 itens em escala Likert, para avaliar a identificação de atitudes e comportamentos alimentares intuitivos entre as populações universitárias (HAWKS; MERRILL; MADANAT, 2004). A original Intuitive Eating Scale (IES) foi publicada por Tylka (2006), avaliando o comportamento alimentar a partir de três domínios: (1) permissão incondicional para comer como alternativa às restrições oriundas de dietas; (2) comer por razões físicas e não emocionais; e (3) desenvolver confiança nos sinais internos de fome e saciedade para determinar o quanto e quando comer. A escala foi validada com mulheres universitárias e mostrou que pontuações do instrumento estiveram negativamente relacionadas a sintomas de transtornos alimentares, insatisfação corporal, pressão pelo corpo magro, idealização do corpo magro e da massa corporal; e positivamente relacionadas a índices de bem-estar (TYLKA, 2006). Em 2013, essa escala foi revisada e algumas alterações foram realizadas para a sua versão Intuitive Eating Scale 2 (IES-2), dentre elas a adição de um novo domínio como subescala: Congruência sobre a escolha do alimento com o que o corpo necessita, no que tange a honrar a própria saúde (TYLKA; KROON VAN DIEST, 2013). Essa escala foi validada para indivíduos do sexo feminino e masculino e suas pontuações estiveram positivamente relacionadas a apreciação corporal, autoestima, bem-estar psicológico e satisfação com a vida. Além disso, esteve inversamente relacionada com transtornos alimentares, insatisfação corporal, vergonha do próprio corpo, IMC e internalização dos ideais de aparência.

Desde então, estudos têm trazido esse comportamento como alternativa para reduzir índices e melhorar tratamentos relacionados à obesidade, como menores níveis de IMC, transtornos alimentares, insatisfação corporal, autocompaixão e psicopatologias, como ansiedade, depressão e afeto negativo (HAZZARD et al., 2021; LINARDON; TYLKA; FULLER-TYSZKIEWICZ, 2021; SANLIER et al., 2021; SCHOENEFELD; WEBB, 2013). Além disso, o comer intuitivo já tem sido citado na

literatura com associações demográficas, como: maior nível educacional (SANLIER et al., 2021) e maiores índices em homens (LINARDON; TYLKA; FULLER-TYSZKIEWICZ, 2021).

2.3 DEPRESSÃO E GESTAÇÃO

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a depressão perinatal refere-se a um especificador para o Transtorno de Depressão Maior e episódios depressivos quando os sintomas de humor têm início no decorrer da gestação ou até quatro semanas após o parto. Sintomas incluem humor depressivo, perda de interesse ou prazer, alteração do apetite, mudanças no aspecto do sono, sentimento de culpa e inutilidade, dificuldade de concentração e pensamentos suicidas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). No desenvolvimento do transtorno, a mulher pode vivenciar uma mudança repentina e transitória no estado de ânimo, chamado de disforia. Esse humor disfórico, que consiste em uma vivência de sentimentos relacionados à depressão, como insatisfação e, em alguns casos, indiferença com o mundo à sua volta, é vivenciado por pacientes que possuem a tendência a episódios de depressão maior (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). A depressão na gestação é um preditor para a depressão pós-parto (TARIQ et al., 2021). Segundo o DSM-5, metade das mulheres com diagnósticos de depressão maior no pós-parto começaram a vivenciar os episódios na gestação. Além disso, os episódios depressivos maiores no periparto também se relacionam com ansiedade grave e até mesmo ataques de pânico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Esse transtorno possui sua prevalência média em 11,9% das mães e gestantes, entretanto, mulheres de países de baixo e médio desenvolvimento têm prevalências significativamente maiores da depressão perinatal ao serem comparadas com países mais desenvolvidos, podendo ultrapassar 20% (WOODY et al., 2017). Fatores de risco são citados como influência para o desenvolvimento ou agravamento desse transtorno: histórico de depressão (BECK, 2001; WILSON et al., 1996), histórico de abuso físico ou sexual (BECK, 2001; WU; CHEN; XU, 2012), gravidez não planejada (TARIQ et al., 2021) ou indesejada (BECK, 2001), falta de suporte social (BECK, 2001; WILSON et al., 1996), violência do parceiro íntimo (KHAN

et al., 2021; KORNFIELD et al., 2012), gravidez de risco ou complicações durante a gestação (KOZHIMANNIL et al., 2009), experiências com gestações anteriores (KHAN et al., 2021; TARIQ et al., 2021) e estado civil (BECK, 2001) e socioeconômico (BECK, 2001; TARIQ et al., 2021).

A depressão durante a gestação traz resultados adversos, aumentando a chance de ocasionar o parto prematuro (MILLER et al., 2021). Além disso, a saúde psicoemocional da mãe pode trazer consequências para o desenvolvimento neurológico do feto e, sendo assim, pode contribuir para distúrbios comportamentais para o bebê (CATTARINUSSI et al., 2021; KINSELLA; MONK, 2009). A depressão perinatal materna influencia o desenvolvimento cerebral do descendente, estudos apontam alterações de matéria cinzenta em amígdala e lobos fronto-temporais; alterações microestruturais em amígdala, lobo frontal, cíngulo, fascículo longitudinal e fórnix; alterações funcionais entre redes límbicas e mesocorticais (CATTARINUSSI et al., 2021); e hiper responsividade da amígdala a reações emocionais negativas (VAN DER KNAAP et al., 2018). Dessa forma, faz-se necessário que intervenções sobre a saúde emocional sejam ainda realizadas na gestação (RIFKIN-GRABOI et al., 2013).

Em janeiro de 2020, foi declarada oficialmente a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Com isso, gestantes tiveram o aumento significativo do risco para desenvolver sintomas depressivos e pensamentos de autoflagelação (WU et al., 2020). Sintomas depressivos se relacionaram com as infecções confirmadas ou suspeitas de SARS-CoV-21, número de mortes por dia para a doença COVID-19 na localidade (WU et al., 2020) e isolamento social (ELLINGTON, 2021). Mulheres com baixo peso antes da gestação, primíparas, com menos de 35 anos, em ocupação integral e de classe média tiveram maiores índices de sintomas depressivos durante a pandemia (WU et al., 2020).

Ferramentas de autorrelato são desenvolvidas visando o rastreio de sintomas depressivos em estudos populacionais. O instrumento Beck Depression Inventory (BDI) foi originalmente publicado em 1961 com o objetivo de medir as manifestações comportamentais da depressão (BECK et al., 1961). Essa ferramenta foi validada para a população de gestantes (SALAMERO et al., 1994) e para mulheres no período pós-natal (VIEIRA DA SILVA MAGALHÃES et al., 2008), demonstrando elevado nível de consistência interna (Cronbach's $\alpha=0,85$ e $0,90$, respectivamente). O instrumento foi traduzido em diferentes idiomas, incluindo o português brasileiro, e suas propriedades

psicométricas sólidas tornam indicada sua aplicabilidade e validade para identificação de sintomas depressivos na população (GORESTEIN; ANDRADE, 1998).

2.4 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

De acordo com a OMS, estima-se de 295.000 mulheres morreram no mundo em 2017 por razões relacionadas à gestação ou parto (WHO et al., 2019). Os riscos para essa fatalidade envolvem: hemorragias, infecções, tensão arterial elevada durante a gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), complicações do parto e aborto inseguro (SAY et al., 2014). Gestações de alto risco correspondem a gravidezes que apresentam maior probabilidade de resultados desfavoráveis para a saúde da mãe, do feto ou do recém-nascido (BRASIL, 2012), sendo que, aproximadamente, 15% das gestações são classificadas como de alto risco no Brasil (BRASIL, 2015).

Os protocolos do Ministério de Saúde do Brasil indicam que a avaliação de risco gestacional seja feita a cada consulta de pré-natal, na Unidade Básica de Saúde (UBS). Os riscos à gravidez são diversos e podem ser relacionados a: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, como idade da gestante (adolescente ou acima dos 35 anos) e dependência de drogas; história reprodutiva anterior, como abortamento habitual e recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; intercorrências clínicas crônicas, como endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus) e cardiopatias; e doença obstétrica na gravidez atual, como ganho ponderal inadequado e pré-eclâmpsia/eclâmpsia. Em caso de serem identificados um ou mais riscos que não são previstos para tratamento na UBS, essa gestante poderá ser encaminhada para ambulatórios de pré-natal de alto risco (BRASIL, 2006).

A gravidez de alto risco requer cuidado de saúde especializado e demanda mudanças de estilo de vida para a mulher. Essa gestante pode fazer uso de fármacos, conviver com o risco de hospitalização e do nascimento pré-termo, sendo assim, sentimentos de estresse e de vulnerabilidade sobre sua saúde mental são reportados na literatura, como maiores índices de ansiedade e depressão (RODRIGUES et al., 2016).

3 HIPÓTESE

A insatisfação corporal e sintomas depressivos são correlacionados positivamente entre si e de forma negativa com o comportamento alimentar intuitivo em gestantes de alto risco.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar possíveis associações entre insatisfação corporal, comer intuitivo e sintomas depressivos em gestantes de alto risco.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra de acordo com aspectos antropométricos, sociodemográficos e gestacionais;
- Identificar a prevalência da insatisfação corporal, dos sintomas depressivos e intensidade do comer intuitivo em gestantes de alto risco e as associações entre estas variáveis;
- Verificar possíveis associações entre insatisfação corporal, sintomas depressivos e comportamento alimentar intuitivo com IMC e idade gestacional.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 DESENHO DA PESQUISA

Estudo observacional transversal com gestantes acompanhadas pelo programa de pré-natal de alto risco de um hospital universitário.

5.2. ASPECTOS ÉTICOS

As gestantes foram convidadas a participar enquanto aguardavam a consulta de pré-natal. Cada gestante foi abordada individualmente e foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de informado sobre sua livre participação e possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo à sua pessoa. Foi garantido às participantes que as informações fornecidas são estritamente sigilosas. Após leitura, compreensão e assinatura do TCLE em duas vias, foram entregues os questionários da pesquisa.

A análise dos dados foi feita sem identificadores pessoais, sendo cada voluntária identificada apenas por um número. Nenhum resultado da pesquisa está sendo apresentado de forma individual ou expondo informações de identificação das participantes (i.e. nome, telefone ou endereço). Assim como, nenhuma informação individual coletada foi ou será repassada a qualquer profissional de saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco ou da própria Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

As participantes foram voluntárias e não tiveram custos com a pesquisa. Os benefícios dessa pesquisa serão revertidos de forma indireta a todas as participantes. Visto que os resultados deste estudo podem influenciar tomadas de decisão ou alterações no planejamento do cuidado no pré-natal dos serviços de saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFPE sob o número do parecer 4.102.139.

5.3 LOCAL DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), localizado no endereço da Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-901, Brasil. Essa pesquisa

ocorreu com autorização do programa de pré-natal realizado pela equipe de obstetrícia do hospital. O HC-UFPE é um hospital universitário e o seu programa de pré-natal é reconhecido por realizar o serviço de referência no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil como atenção hospitalar à gestação de alto risco.

5.4 AMOSTRA DE PARTICIPANTES

A amostra de participantes foi calculada de forma a ser representativa das gestantes acompanhadas por esse pré-natal específico. O programa de pré-natal de alto risco do centro de obstetrícia do HC-UFPE tem capacidade para acompanhar até 200 gestantes em período simultâneo. Para o cálculo amostral, foi considerada a população total de 200 gestantes, o intervalo de confiança de 95%, margem de erro de 5% e frequência esperada de 20%, considerando estudos anteriores para prevalência de depressão em gestantes na população brasileira (KRAUSS PEREIRA; LOVISI, 2008). Por ainda não haver consenso na literatura sobre a prevalência de insatisfação corporal em gestantes no Brasil ou países em desenvolvimento, foi utilizado como base para o cálculo amostral apenas o dado referente à depressão. Dessa forma, a amostra representativa para esse grupo é de 110 pacientes. Considerando a margem de possíveis perdas de 30%, objetivou-se alcançar a participação de 143 gestantes de acordo com os critérios de inclusão abaixo citados.

5.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada a partir da utilização de instrumentos de autorrelato, habilitados para rastreio e sem caráter diagnóstico. Foram coletados dados pessoais, sociodemográficos, antropométricos, gestacionais, sobre insatisfação corporal, comer intuitivo e sintomas depressivos (Tabela 1). Os instrumentos utilizados foram compilados e podem ser encontrados na íntegra no questionário utilizado na coleta de dados (apêndice A). Abaixo seguem descritas todas as variáveis avaliadas e as ferramentas utilizadas.

Tabela 1 - Descrição e categorização dos dados coletados e os instrumentos utilizados.

Dados	Descrição dos dados	Instrumento utilizado
--------------	----------------------------	------------------------------

Pessoais	Nome, telefone, data de nascimento.	<i>Instrumento próprio</i>
Sociodemográficos	Bairro, estado civil, escolaridade, ocupação, núcleo familiar, renda.	<i>Instrumento próprio</i>
Antropométricos	Altura, peso atual, peso pré-gestacional e alterações de peso anteriores à gestação.	<i>Instrumento próprio</i>
Gestacionais	Aspectos gestacionais da gravidez atual (i.e. planejamento familiar, gemelaridade, intercorrências na gestação, presença ou ausência de enjôo frequente atual e idade gestacional) e de gravidezes anteriores (i.e. presença ou ausência de gestação anterior, número de filhos e intercorrência na gestação anterior).	<i>Instrumento próprio</i>
Insatisfação corporal	Preocupação com a forma corporal e percepção do peso nas últimas quatro semanas.	Body Shape Questionnaire
Comer intuitivo	Avaliação da alimentação intuitiva a partir de quatro domínios: Permissão Incondicional de Comer, Comer por razões físicas em vez de emocionais, Confiança nos sinais de fome e saciedade, Congruência de Escolha do Alimento do Corpo.	Intuitive Eating Scale-2
Sintomas depressivos	Intensidade de sintomas depressivos nas últimas duas semanas.	Inventário de Depressão de Beck

Fonte: A autora (2022).

5.5.1 Avaliação dos aspectos pessoais e sociodemográficos

Foram coletados dados pessoais e sociodemográficos para a caracterização da amostra. Com esse objetivo, foi utilizado um questionário de autopreenchimento (apêndice A), desenvolvido pela pesquisadora principal. Neste instrumento podem ser encontradas perguntas objetivas e abertas, relacionadas a identificação da paciente (i.e. nome, telefone, data de nascimento) e aspectos sociodemográficos (i.e. bairro, estado civil, escolaridade, ocupação, núcleo familiar, renda).

Os aspectos pessoais e sociodemográficos utilizados nesta pesquisa foram: idade, escolaridade e presença ou ausência de ocupação remunerada.

5.5.2 Avaliação antropométrica e aspectos gestacionais

Foram coletados dados antropométricos e gestacionais para caracterização da amostra e análises com variáveis. Com esse objetivo, foi utilizado um questionário de autopreenchimento (apêndice A), desenvolvido pela pesquisadora principal. Neste instrumento podem ser encontradas perguntas objetivas e abertas, relacionadas a antropometria da paciente (i.e. altura, peso atual, peso pré-gestacional e alterações de peso anteriores à gestação), hábitos de vida (i.e. atividade física atual), aspectos gestacionais da gravidez atual (i.e. planejamento familiar, gemelaridade,

intercorrências na gestação, presença ou ausência de enjôo frequente atual e idade gestacional) e de gravidezes anteriores (i.e. presença ou ausência de gestação anterior, número de filhos e intercorrência na gestação anterior).

Os dados antropométricos utilizados para análises de variáveis foram IMC atual ou gestacional e IMC prévio ou pré-gestacional. Esses dados são calculados a partir do peso atual ou prévio (Kg) e estatura (m), sendo que: $IMC = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{altura}^2 \text{ (m)}}$. Sendo possível a classificação do estado nutricional da gestante em: baixo peso, adequado ou eutrófico, sobrepeso e obesidade. Os valores de referência para classificação do IMC prévio são indicados pela OMS (WHO, 2000) e para classificação em escores do IMC atual foi utilizada a idade gestacional da paciente, seguindo protocolos atuais do Ministério de Saúde do Brasil (BRASIL, 2006).

Quanto aos dados gestacionais coletados, foi utilizada a idade gestacional para análises com variáveis. A idade gestacional permitiu a classificação em trimestres gestacionais, seguindo protocolos atuais do Ministério de Saúde do Brasil (Brasil, 2006), sendo possível classificar as gestantes em primeiro (até a 13ª semana), segundo (a partir da 4ª até a 26ª semana) e terceiro (a partir da 27ª semana até o parto) trimestres gestacionais.

As gestantes foram instruídas a consultarem no cartão da gestante as informações sobre antropometria e idade gestacional mais atuais. Esse cartão é um documento de acompanhamento da paciente, preenchido pela equipe do pré-natal para registro de dados das consultas (e.g. peso atual e idade gestacional) e acompanhamento médico.

5.5.3 Insatisfação Corporal

A insatisfação corporal das gestantes foi avaliada com o instrumento Body Shape Questionnaire (BSQ) (COOPER et al., 1987). Este é uma ferramenta para mensurar a preocupação com a forma corporal e percepção do seu peso nas últimas quatro semanas. Esse questionário possui sua versão em português que fornece uma avaliação contínua e descritiva dos distúrbios da imagem corporal, validado para a população brasileira (DI PIETRO; XAVIER DA SILVEIRA, 2009) e foi anteriormente utilizado com gestantes (NOBRE et al., 2014), geralmente, sendo empregado para

avaliar o papel desse distúrbio no desenvolvimento, manutenção e resposta ao tratamento de transtornos alimentares.

O questionário contém 34 itens e podem ser respondidos numa escala de 1 a 6 (nunca, raramente, às vezes, frequentemente, muito frequentemente, sempre). Na análise dos resultados, foram utilizadas as quatro classificações para insatisfação corporal também aplicadas por Nobre et al. (2014): ausente, quando a pontuação for menor ou igual a 80; leve, quando a pontuação for maior que 80 e menor ou igual a 110; moderada, quando a pontuação for maior que 110 e menor ou igual a 140; e grave, quando a pontuação total for maior que 140.

A consistência interna de Cronbach's α mostrou confiabilidade muito alta para esse instrumento com o grupo amostral ($\alpha=0.96$), semelhante àquela encontrada por Pietro e Xavier (2009) na validação da escala ($\alpha=0.97$).

5.5.4 Comportamento Alimentar Intuitivo

O comportamento alimentar intuitivo das gestantes foi avaliado com o instrumento Intuitive Eating Scale-2 (IES-2). Este é um instrumento de avaliação da alimentação intuitiva, formado por 23 itens, que leva em consideração a análise da escolha alimentar sobre 4 domínios (TYLKA; KROON VAN DIEST, 2013):

- I. Permissão Incondicional de Comer (UPE): reflete o respeito à sensação de fome, sem negligenciá-la; além da recusa em rotular alimentos como proibidos;
- II. Comer por razões físicas em vez de emocionais (EPR): representa o comer por razões físicas de fome, ao invés de realizá-lo para lidar com algum sofrimento emocional (como ansiedade, solidão e tédio);
- III. Confiança nos sinais de fome e saciedade (RHSC): reflete confiança dos indivíduos em suas sugestões internas de fome e saciedade para guiar seu comportamento alimentar;
- IV. Congruência de Escolha do Alimento e do Corpo (B-FCC): representa até que ponto os indivíduos correspondem suas escolhas alimentares com as necessidades de seus corpos.

As respostas são divididas numa escala tipo Likert de cinco pontos, variando de acordo com as pontuações: 1 = discordo totalmente a 5 = concordo totalmente. Os 23 itens são divididos da seguinte forma: Permissão Incondicional de Comer (UPE) composto pelos itens 1, 3, 4, 9, 16 e 17; Comer por razões físicas, em vez de emocionais (EPR) composto pelos itens 2, 5, 10 a 15; Confiança nos sinais de fome e saciedade (RHSC) composto pelos itens 6, 7, 8, 21, 22 e 23 e Congruência de Escolha do Alimento do Corpo (B-FCC) composto pelos itens 18 a 20. Os itens 1, 2, 4, 5, 9, 10 e 11 foram construídos de forma invertida e, por isso, devem ter suas pontuações analisadas de inversa (1 = concordo totalmente a 5 = discordo totalmente). O escore final corresponde à média de todos os itens e uma pontuação mais alta indica maior grau de alimentação intuitiva (TYLKA, 2006).

No presente estudo foi utilizada a sua versão traduzida para o português, validada e aprovada quanto às suas propriedades psicométricas observadas na população brasileira e, especificamente, mulheres (DA SILVA et al., 2020).

A consistência interna de Cronbach's α mostrou confiabilidade alta para esse instrumento com o grupo amostral ($\alpha=0.81$), semelhante àquela encontrada por Da Silva et al. (2020) na validação da escala para o público feminino ($\alpha=0.80-0.89$).

5.5.5 Sintomas Depressivos

A intensidade de sintomas depressivos nas gestantes foi avaliada com o instrumento Beck Depression Inventory (BECK et al., 1961), através da sua versão em português validada para população brasileira: Inventário de Depressão de Beck (BDI) (GORESTEIN; ANDRADE, 1998). O instrumento possui 21 itens, com quatro opções de afirmativas de resposta e deve ser respondido levando-se em consideração como o indivíduo estava se sentindo nas últimas duas semanas. Os escores variam de 0 a 3 pontos para as possíveis respostas. O escore total é resultado da soma dos itens individuais e é possível alcançar até 63 pontos. Como não foi levado em consideração ausência ou presença de diagnóstico prévio de transtorno emocional, foram considerados escores igual ou menor que 15 como ausente, acima de 15 como disforia (mudança repentina e transitória do estado de ânimo) e o termo “depressão” para resultados acima de 20 pontos, como utilizado em estudo anterior com amostra

similar (MEIRELES et al., 2017) e como recomendado por outros autores (KENDALL et al., 1987).

Esse instrumento foi validado para a população brasileira, apresentando a consistência interna de Cronbach's α de 0.81 para amostra comunitária (GORESTEIN; ANDRADE, 1998). A consistência interna de Cronbach's α mostrou confiabilidade muito alta para esse instrumento com o grupo amostral desta pesquisa ($\alpha=0.92$).

5.5.6 Procedimento de coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu entre janeiro e maio de 2021. A abordagem das gestantes foi realizada individualmente pela pesquisadora principal enquanto as pacientes aguardavam atendimento do pré-natal ou haviam finalizado o atendimento. As pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE e receberam os questionários em papéis com pranchetas e canetas previamente higienizadas com álcool. Todas as gestantes foram instruídas a realizarem o preenchimento dos questionários sozinhas, a fim de evitar interferências externas. Após responderem aos formulários, as gestantes puderam tirar dúvidas e, conseqüentemente, receber orientações nutricionais para o período gestacional com a pesquisadora principal.

Em todo o período de coleta de dados, foram utilizados métodos de prevenção e distanciamento buscando minimizar o risco de contágio do Coronavírus-19 (COVID-19).

5.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

5.6.1 Critérios de inclusão:

1. Gestantes acompanhadas pelo programa de pré-natal de alto risco do HC-UFPE.
2. Gestantes com mais de 18 anos.

5.6.2 Critérios de exclusão:

1. Gestantes que não responderam qualquer um dos três questionários de escalas (BSQ, IES-2 e BDI) de forma válida (i.e. questionários completos e/ou com apenas uma resposta assinalada por item).
2. Gestantes que não sabiam ler ou não se consideravam com habilidades necessárias para leitura e compreensão dos questionários.

5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

A computação dos dados em planilhas e a análise dos dados foram feitas em simultâneo à coleta de dados, sendo possível avaliar a porcentagem de perda e manter a coleta de dados até que o número mínimo de questionários completos fosse alcançado. Cada questionário possui três escalas (BSQ, IES-2 e BDI). As escalas foram consideradas válidas quando preenchidas integralmente, ou seja, com respostas válidas para cada item do formulário (i.e: todos os itens preenchidos com uma alternativa de resposta, nos casos de BSQ e IES-2, e sem grupos de itens com ausência de marcações de resposta, no caso do BDI). Os questionários com todas as escalas inválidas foram excluídos de qualquer análise. Entretanto, como a quantidade de respostas válidas para cada fator testado pode variar, o grupo amostral corresponde ao número de respostas das variáveis válidas sobre cada fator testado. A consistência interna de cada instrumento para a amostra do presente estudo foi analisada através do cálculo do alpha de Cronbach e, valores acima de 0,70, foram considerados adequados.

Esse estudo teve como variáveis dependentes e ordinais os escores de insatisfação corporal do BSQ, os escores de sintomas depressivos pelo BDI e o escore do comportamento alimentar intuitivo pelo IES-2. A fim de melhor descrição dos resultados, os escores de BSQ e BDI puderam ser classificados em categorias: ausente, leve, moderada ou grave para a insatisfação corporal e ausente, disforia e depressão para os sintomas depressivos. Os fatores testados foram: IMC gestacional ou atual (níveis de classificação: baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade), IMC prévio ou pré-gestacional (níveis de classificação: baixo peso, eutrófico, sobrepeso e obesidade) e trimestre gestacional (níveis de classificação: primeiro, segundo e terceiro). Variáveis contínuas são apresentadas como média e desvio padrão.

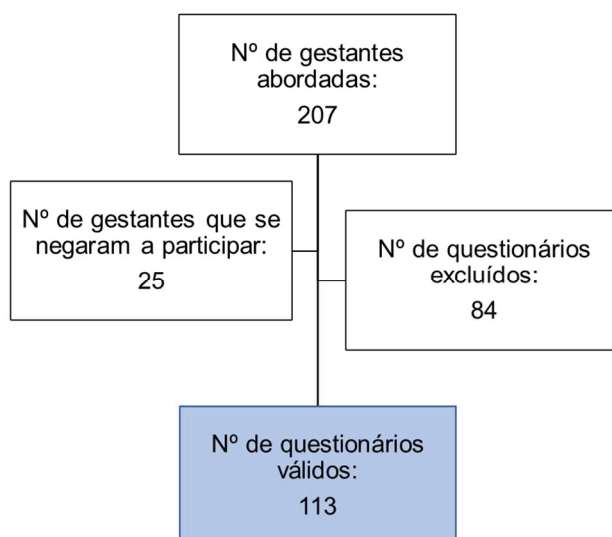
Os dados foram testados quanto a sua normalidade com o teste Shapiro-Wilk e homocedasticidade através do teste Levene. Para os dados paramétricos foi utilizada a Anova, com comparação par a par a posteriori com o teste de Tukey, e para os dados não paramétricos foi usado o teste de Kruskal-Wallis, com comparação par a par a posteriori com o Teste de Dunn. Para as análises entre dados paramétricos e não paramétricos, foram utilizados os testes não-paramétricos. As correlações entre variáveis foram testadas com o Teste de Correlação de Spearman.

A análise dos dados permitiu a avaliação de prevalências e associações entre insatisfação corporal, comportamento alimentar intuitivo e sintomas depressivos. Os dados foram analisados utilizando o Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 25.0, em todos os casos com o nível de significância adotado de $p < 0,05$.

6 RESULTADOS OBTIDOS

Duzentas e sete mulheres gestantes foram convidadas. Dessas, vinte e cinco não puderam ser incluídas na pesquisa por terem recusado a participação ou por impossibilidade de leitura (12,08%). Oitenta e quatro gestantes não preencheram por completo uma ou mais escalas (BSQ, IES-2 e/ou BDI) e, por isso, foram excluídas da análise (perdas totais: 46,15%). Sendo assim, foram incluídas nessa pesquisa 113 participantes (figura 1). As gestantes apresentaram idade média de $28,63 \pm 6,60$ anos, com idade mínima e máxima de 18 e 45 anos, respectivamente. A maior parte (58,82%) possuía o nível máximo de escolaridade como o ensino médio concluído e 63,96% sem ocupação no período da pesquisa. As informações em detalhes para caracterização da amostra e podem ser encontradas na tabela 2.

Figura 1 - Fluxograma do número amostral com o número de questionários válidos para cada variável analisada.



Fonte: A autora (2021).

Tabela 2 - Caracterização das gestantes de alto risco atendidas no ambulatório de pré-natal do HC-UFPE em 2021.

Caracterização Demográfica e Gestacional	N	%
Estado civil	113	
Solteira	34	30,09%
Casada	40	35,40%
União Estável	36	31,86%

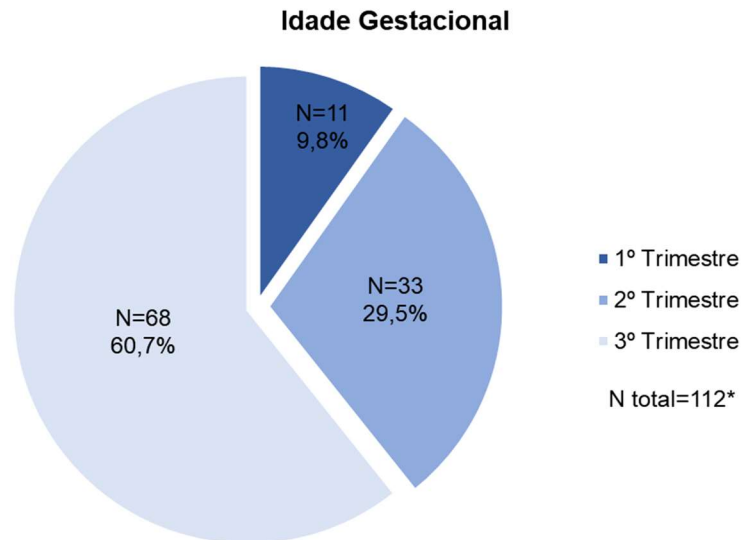
Separada	3	2,65%
Escolaridade	102*	
Ensino fundamental incompleto	10	9,80%
Ensino fundamental completo	3	2,94%
Ensino médio incompleto	9	8,82%
Ensino médio completo	60	58,82%
Ensino superior incompleto	6	5,88%
Ensino superior completo	13	12,75%
Pós-graduação	1	0,98%
Ocupação	111*	
Sim	40	36,04%
Não	71	63,96%
Gestação	113	
Primigesta	32	28,32%
Multigesta	81	71,68%
Gestação planejada	113	
Sim	40	35,40%
Não	73	64,60%
Gemelaridade	103*	
Sim	7	6,80%
Não	96	93,20%
Enjôo frequente atualmente	110*	
Sim	50	45,50%
Não	60	54,50%
Alterações de peso frequentes antes da gestação	109*	
Sim	38	34,86%
Não	71	65,14%
Atividade física atual	111*	
Sim	19	17,12%
Não	92	82,88%

Fonte: A autora (2022). *Os valores não correspondem à amostra total (n=113) porque aquelas com dados incompletos (i.e. resposta inválida ou ausente) não foram incluídas para as análises particulares.

As gestantes apresentaram a idade gestacional média de $26,97 \pm 8,57$ semanas. Para cada trimestre gestacional, se distribuíram da seguinte forma: 11 no primeiro trimestre ($9,27 \pm 2,83$ semanas), 33 no segundo trimestre ($21,09 \pm 3,69$ semanas) e 68 no terceiro trimestre ($32,69 \pm 3,52$ semanas) (Figura 2). As gestantes apresentaram IMC pré-gestacional e atual médio de $27,10 \pm 6,50$ kg/m² e $29,81 \pm 6,41$ kg/m²,

respectivamente. A classificação da amostra quanto às categorias de IMC pode ser encontrada na tabela 3.

Figura 2 - Classificação da amostra por idade gestacional de gestantes de alto risco.



Fonte: A autora (2022). *O valor não corresponde à amostra total (n=113) porque aquelas com dados incompletos para esse parâmetro (i.e. resposta inválida ou ausente) não foram incluídas para as análises particulares.

Tabela 3 - Classificação da amostra de gestantes de alto risco de acordo com estado nutricional pré-gestacional e atual.

Classificação Estado Nutricional	N	%
IMC pré-gestacional	110*	
Baixo peso	7	6,36%
Eutrófico	39	35,45%
Sobrepeso	28	25,45%
Obesidade	36	32,73%
IMC atual	111*	
Baixo peso	12	10,81%
Adequado	31	27,93%
Sobrepeso	31	27,93%
Obesidade	37	33,33%

Fonte: A autora (2022). *Os valores não correspondem à amostra total (n=113) porque aquelas com dados incompletos (i.e. resposta inválida ou ausente) não foram incluídas para as análises particulares.

A prevalência de insatisfação corporal na amostra foi de 28,32%, que corresponde a trinta e duas mulheres. Quanto aos sintomas depressivos, a

prevalência apresentada foi de 32,74%, que corresponde a trinta e sete voluntárias. O escore para o IES-2 variou de 1,61 a 4,57, mantendo seu valor médio em $3,28 \pm 0,56$ (Tabela 4). Foram encontradas diferenças entre os valores para as subescalas ($p < 0,05$; H:8,44), com o teste post hoc apontando diferença significativa entre UPE e RHSC ($p < 0,01$) e RHSC e B-FCC ($p < 0,05$).

Tabela 4 - Classificação das gestantes de alto risco de acordo com as categorias para insatisfação corporal e sintomas depressivos, e escores médios do comer intuitivo.

Variáveis	N=113	
	Média SD ou N %	
BSQ		
Ausente	81	71,68%
Leve	15	13,27%
Moderada	9	7,96%
Grave	8	7,08%
BDI		
Ausente	76	67,26%
Disforia	9	7,96%
Depressão	28	24,78%
IES-2		
Escore geral	3,28	0,56
UPE	3,48	0,76
EPR	3,22	0,93
RHSC	3,11	1,01
B-FCC	3,37	0,88

Fonte: A autora (2022).

Os escores de insatisfação corporal, sintomas depressivos e comer intuitivo estiveram significativamente correlacionados de forma fraca a moderada (Tabela 5). Quanto às subescalas do comer intuitivo, aquelas relacionadas a UPE, EPR e B-FCC foram correlacionadas negativamente à insatisfação corporal e/ou sintomas depressivos (Tabela 6).

Tabela 5 - Coeficientes de correlação de Spearman (rho) para as variáveis analisadas.

	BSQ	IES-2	BDI
BSQ	-	-0,39***	0,53***

IES-2	-0,39***	-	-0,32***
BDI	0,53***	-0,32***	-

Legenda: *** $p < 0,001$. Fonte: A autora (2022).

Tabela 6 - Coeficientes de correlação de Spearman (rho) para as variáveis analisadas de acordo com subescalas do IES-2.

	UPE	EPR	RHSC	B-FCC
BSQ	-0,25**	-0,27***	-0,15	-0,17
BDI	-0,04	-0,33***	-0,14	-0,19*

Legenda: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. Fonte: A autora (2022).

Diferentemente do comer intuitivo e sintomas depressivos, a insatisfação corporal foi correlacionada positivamente de forma moderada com o IMC atual e o IMC pré-gestacional (tabela 7). As médias das variáveis para cada categoria de IMC atual e pré-gestacional estão descritas na tabela 8. Houve diferença significativa dos escores de insatisfação corporal entre as categorias de IMC atual e IMC pré-gestacional. As médias do BSQ nas categorias de obesidade sobre o IMC atual e pré-gestacional foram significativamente maiores ao comparar com as outras categorias (figura 3).

Tabela 7 - Coeficientes de correlação de Spearman (rho) para as variáveis analisadas de acordo com fatores testados.

	BSQ	BDI	IES-2
IMC atual	0,43***	0,06	-0,10
IMC pré-gestacional	0,42***	0,11	-0,12

Legenda: *** $p < 0,001$. Fonte: A autora (2022).

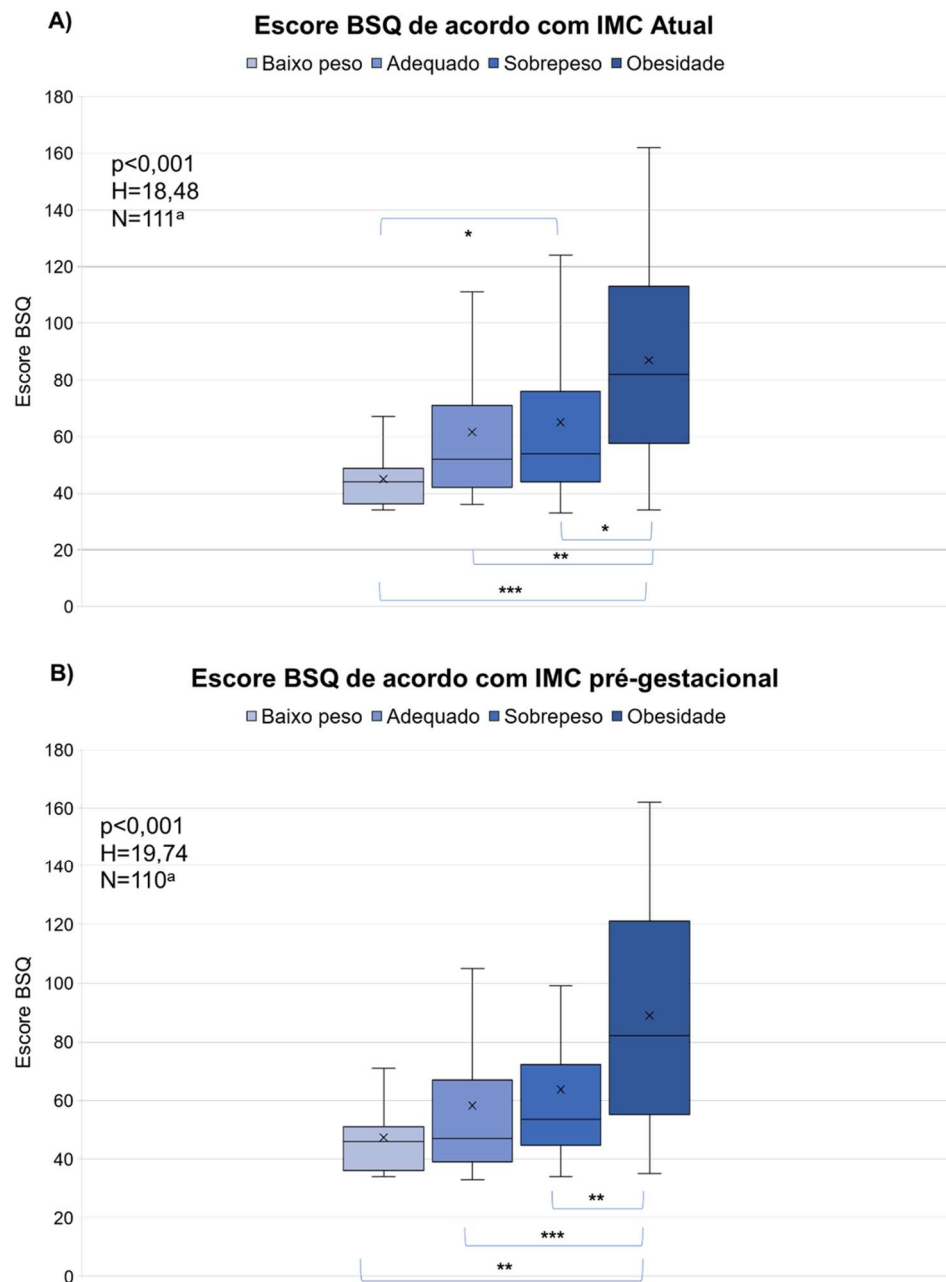
Tabela 8 - Médias e desvio padrão para cada variável de acordo com IMC atual e pré-gestacional de gestantes de alto risco.

	BSQ médio (desvio padrão)	IES-2 médio (desvio padrão)	BDI médio (desvio padrão)
IMC atual^a			
Baixo peso	44,92 (10,05)	3,43 (0,52)	8,67 (7,69)
Adequado	61,55 (27,98)	3,30 (0,63)	16,19 (11,76)
Sobrepeso	65,06 (30,36)	3,34 (0,51)	10,81 (11,72)
Obesidade	86,86 (38,72)	3,13 (0,53)	13,24 (10,47)
Valor de p	$p < 0,001$; $H=18,48$	$p=0,27$; $F=1,33$	$p=0,09$; $H=6,47$

IMC pré-gestacional^b			
Baixo peso	47,29 (12,22)	3,49 (0,67)	8,14 (6,36)
Eutrófico	58,26 (27,28)	3,27 (0,54)	12,38 (11,08)
Sobrepeso	63,71 (29,05)	3,43 (0,56)	11,89 (10,97)
Obesidade	88,86 (38,80)	3,10 (0,53)	15,11 (12,03)
Valor de p	p<0,001; H=19,74	p=0,08; F=2,26	p=0,40; H=2,90

^aN: 111. ^bN=110. A amostra não corresponde à amostra total (n=113) porque aquelas com dados incompletos (i.e. resposta inválida ou ausente) não foram incluídas para as análises particulares. Fonte: A autora (2022).

Figura 3 - Escores médios do BSQ e desvio padrão de acordo com a categoria de IMC atual e IMC pré-gestacional de gestantes de alto risco.



Legenda: (A) Escores médios e desvio padrão do BSQ para cada categoria de IMC atual. (B) Escores médios e desvio padrão do BSQ para cada categoria de IMC pré-gestacional. ^aA amostra não corresponde à amostra total ($n=113$) porque aquelas com dados incompletos (i.e. resposta inválida ou ausente) não foram incluídas para as análises particulares. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. Legenda do diagrama de caixa: a linha sólida dentro da caixa indica a mediana, a caixa representa o intervalo interquartil (baixo = percentil 25, superior = percentil 75), as retas estendem-se ao maior valor dentro de 1,5x o intervalo interquartil, as marcações em x representam as médias.

A idade gestacional não esteve significativamente relacionada à insatisfação corporal ($p=0,72$; $r=-0,03$), comer intuitivo ($p=0,11$; $r=0,15$) e sintomas depressivos

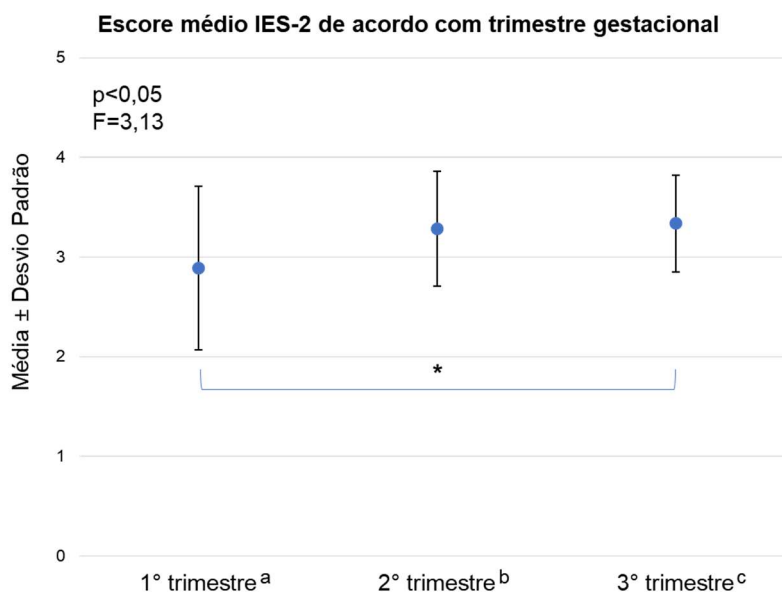
($p=0,97$; $r=-0,003$). Assim como não houve diferença significativa do BSQ e BDI entre os trimestres gestacionais (tabela 9). Entretanto, os escores do IES-2 diferiram de acordo com os trimestres gestacionais, apresentando à posteriori diferença significativa dos escores médios entre o primeiro e o terceiro trimestres gestacionais ($p=0,04$) (figura 4). Além disso, a correlação existente entre as variáveis foi diferente de acordo com trimestres gestacionais, com a tendência de correlação entre elas com o passar da gestação. Enquanto no primeiro trimestre, apenas o BSQ e BDI estavam correlacionados, no segundo e terceiro trimestres houve correlação entre todas as variáveis (tabela 10).

Tabela 9 - Médias e desvio padrão para cada variável de acordo com trimestre gestacional de gestantes de alto risco.

Escala	Trimestre gestacional			Valor de p
	1º	2º	3º	
BSQ médio (desvio padrão)	73,18 (42,78)	70,15 (32,71)	67,78 (33,37)	$p=0,84$; $H=0,36$
IES-2 médio (desvio padrão)	2,89 (0,82)	3,28 (0,57)	3,34 (0,49)	$p<0,05$; $F=3,13$
BDI médio (desvio padrão)	11,73 (9,43)	13,39 (12,45)	12,78 (10,71)	$p=0,10$; $H=0,001$

N: 112. A amostra não corresponde à amostra total ($n=113$) porque aquelas com dados incompletos (i.e. resposta inválida ou ausente) não foram incluídas para as análises particulares. Fonte: A autora (2022).

Figura 4 - Escores médios do IES-2 e desvio padrão de acordo com o trimestre gestacional de gestantes de alto risco.



N total: 112. ^aN=11; ^bN=33; ^cN=68. A amostra não corresponde à amostra total (n=113) porque aquelas com dados incompletos (i.e. resposta inválida ou ausente) não foram incluídas para as análises particulares. * $p < 0,05$. Fonte: A autora (2022).

Tabela 10 - Coeficientes de correlação de Spearman (rho) para as variáveis analisadas de acordo com trimestre gestacional de gestantes de alto risco.

	BSQ	IES-2	BDI
<i>1º Trimestre^a</i>			
BSQ	-	-0,27	0,80**
IES-2	-0,27	-	-0,11
BDI	0,80**	-0,11	-
<i>2º Trimestre^b</i>			
BSQ	-	-0,35*	0,66***
IES-2	-0,35*	-	-0,50**
BDI	0,66***	-0,50**	-
<i>3º Trimestre^c</i>			
BSQ	-	-0,45***	0,39***
IES-2	-0,45***	-	-0,32**
BDI	0,39***	-0,32**	-

N total: 112. ^aN=11; ^bN=33; ^cN=68. A soma das amostras não corresponde à amostra total (n=113) porque aquelas com dados incompletos (i.e. resposta inválida ou ausente) não foram incluídas para as análises particulares. Legenda: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. Fonte: A autora (2022).

7 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou possíveis associações entre insatisfação corporal, comer intuitivo e sintomas depressivos em gestantes acompanhadas em ambulatório de alto risco. Foi observado que a insatisfação corporal e os sintomas depressivos foram correlacionados positivamente entre si e de forma negativa com o comer intuitivo em gestantes de alto risco. O IMC (pré-gestacional e atual) possui relação com escores de insatisfação corporal e o trimestre gestacional pode afetar as correlações entre as variáveis.

Estudos apontaram para a atenuação da insatisfação corporal em mulheres durante o período gestacional (CLARK; OGDEN, 1999), inclusive, com o aumento da satisfação corporal, apesar do ganho de peso (LOTH et al., 2011). Mesmo assim, a preocupação sobre o corpo e o peso mantém-se presente. Um estudo realizado com 233 gestantes norte-americanas demonstrou que 87,3% vivenciaram preocupações com seu peso ou imagem corporal recentemente, sendo sempre vividas por 18,8% das mulheres (HAUFF; DEMERATH, 2012). A insatisfação corporal alcançou a prevalência de 28,32% na amostra deste estudo. Resultados distintos foram encontrados com gestantes francesas (12,7%) (ELISE et al., 2019) e gestantes de alto risco brasileiras (71,5%) (NOBRE et al., 2014), utilizando o BSQ como instrumento de análise. A diferença dos resultados pode ser explicada pela prevalência de excesso de peso nas amostras dos diferentes estudos, inclusive, a literatura afirma que o excesso de peso potencializa a insatisfação corporal (ROOMRUANGWONG et al., 2017; SHLOIM et al., 2015). O excesso de peso estava presente em 27,3% da população de gestantes francesas em 2019 (VOERMAN et al., 2019), enquanto a amostra de gestantes estudada por Nobre et al. (2014) era estritamente com excesso de peso. Ambos os cenários diferem do apresentado no presente estudo quanto à prevalência de excesso de peso (61,26%).

Quanto aos resultados referentes à saúde mental da amostra, sintomas depressivos apresentaram prevalência de 32,74% no grupo, sendo caracterizado em depressão 24,75%. A depressão é frequentemente subdiagnosticada no Brasil e, quando presente na fase antenatal, esse risco é aumentado, especialmente em mulheres com menos privilégios sociais (FAISAL-CURY; RODRIGUES; MATIJASEVICH, 2021). Estudo realizado com gestantes brasileiras antes da

pandemia SARS-CoV-2 demonstrou que a prevalência de depressão antenatal apresentava-se entre 23,88% e 18,32% nos segundo e terceiro trimestres gestacionais, a partir do BDI (CASTRO E COUTO et al., 2016). O período atípico vivenciado com a pandemia influencia a saúde mental da população de gestantes, inclusive, o fato de estar em isolamento social e a redução no nível de atividade física têm o potencial de elevar os índices de ansiedade, depressão e insônia nesse grupo (ÇOLAK et al., 2021; ELLINGTON, 2021; WU et al., 2020). Também no período de pandemia, gestantes da Turquia apresentaram prevalência de sintomas depressivos de 30,7%, sem diferenças significativas entre gestantes com ou sem doenças crônicas (GEREN et al., 2021).

Os resultados apresentados sobre o comportamento alimentar intuitivo retratam que as gestantes tiveram índices maiores para UPE e B-FCC e menores para RHSC. A permissão incondicional para comer em gestantes é relacionada a uma dieta mais calórica e com menor ingestão de itens saudáveis como frutas, verduras e grãos integrais (CAMILLERI et al., 2017), especialmente, em mulheres que experimentam desejos alimentares específicos da gestação (PLANTE et al., 2019a). Esses desejos são mais frequentes no primeiro trimestre gestacional e comidas menos saudáveis podem ser consumidas, como doces e ultra processados (ORLOFF et al., 2016). Por outro lado, a menor pontuação para RHSC está relacionado ao consumo alimentar menos saudável e mais calórico, com excesso de alimentos doces e gordurosos (CAMILLERI et al., 2017). Esses resultados podem ser preocupantes ao considerar as especificidades da amostra. O presente estudo conta com gestantes de alto risco, majoritariamente com excesso de peso e fisicamente inativas; além de limitações alimentares oriundas de orientações médicas.

Ao avaliar as correlações entre imagem corporal e saúde mental, a insatisfação corporal esteve positivamente associada aos sintomas depressivos no presente estudo, o que é validado na literatura (DRYER; GRAEFIN VON DER SCHULENBURG; BRUNTON, 2020; MEIRELES et al., 2017). As atitudes positivas em relação à gravidez e à maternidade são fatores protetivos importantes contra a depressão perinatal (PRZYBYŁA-BASISTA; KWIECIŃSKA; ILSKA, 2020), sendo a insatisfação corporal no início da gestação um parâmetro de acompanhamento da depressão (ELISE et al., 2019) e sintomas depressivos fatores de risco para a imagem corporal negativa nesse período (SKOUTERIS et al., 2005). Variáveis psicológicas,

como a avaliação da própria aparência, aumentaram a probabilidade de depressão em gestantes de alto risco da Polônia em quase 1,5 (PRZYBYŁA-BASISTA; KWIECIŃSKA; ILSKA, 2020); assim como, gestantes francesas insatisfeitas com a sua imagem corporal tiveram o risco de desenvolver depressão perinatal maior em 4 vezes (ELISE et al., 2019). Além da depressão, a insatisfação corporal também influencia a intensidade de sintomas ansiosos em gestantes (ROOMRUANGWONG et al., 2017).

Ao avaliar a relação entre imagem corporal e comportamento alimentar, a insatisfação corporal esteve negativamente associada ao comer intuitivo no presente estudo. A relação entre insatisfação corporal e comportamento alimentar intuitivo é existente especialmente em mulheres (TYLKA; HOMAN, 2015). Para esse grupo, a apreciação do corpo mostra-se necessária para que haja uma alimentação intuitiva (TYLKA; HOMAN, 2015). Gestantes com atitudes mais positivas sobre o corpo também possuem maior adesão ao comer intuitivo, assim como, a menor adesão a práticas de restrição alimentar e são menos suscetíveis à fome (SAVARD et al., 2021). De acordo com Micali et al. (2018), em seu estudo longitudinal, a perda de controle ao comer foi mais comum em gestantes mais insatisfeitas com o corpo, elevando o risco para o ganho de peso gestacional excessivo. No presente estudo, gestantes mais insatisfeitas também tiveram pontuações menores para as subescalas UPE e EPR. Resultados similares são relatados na literatura: gestantes com atitudes mais positivas sobre o corpo e com menor insatisfação corporal possuem maior adesão à permissão incondicional para comer (SAVARD et al., 2021), menor restrição alimentar e menor tendência a comer baseado em emoções (SHLOIM et al., 2015). Além disso, experiências estigmatizantes do peso vivenciadas por esse grupo são associadas a um comportamento alimentar mais emocional e a uma maior retenção de peso pós-parto (INCOLLINGO RODRIGUEZ et al., 2019).

Ao avaliar as associações entre o comer intuitivo e sintomas depressivos, o comportamento alimentar intuitivo demonstrou-se protetivo à depressão durante a gestação de alto risco no presente estudo. Não foram encontradas outras publicações que relacionam comer intuitivo e sintomas depressivos durante a gestação. Entretanto, os distúrbios alimentares são apontados como influência para o aumento do risco de depressão perinatal (ELISE et al., 2019). Além disso, mulheres que possuem índices mais elevados de comer intuitivo antes da gestação, assim como

para as subescalas UPE, EPR e RHSC, possuem também menor risco de desenvolver depressão perinatal (DAUNDASEKARA et al., 2017). No pós-parto, o comer intuitivo se relaciona negativamente a sintomas depressivos e imagem corporal negativa (LEE; WILLIAMS; BURKE, 2020); assim como, a depressão está relacionada ao comer emocional e à restrição alimentar (EMERSON et al., 2017).

A insatisfação corporal e o IMC atual e pré-gestacional foram positivamente relacionados nesta pesquisa. Gestantes mais insatisfeitas com o corpo possuem maior IMC gestacional e prévio (ROOMRUANGWONG et al., 2017; SHLOIM et al., 2015), sendo que aquelas com sobrepeso ou obesas expressam significativamente mais preocupações com a forma e peso do seu corpo e demonstram-se menos confiantes e confortáveis com eles (HAUFF; DEMERATH, 2012). A maior insatisfação corporal e angústia relacionada ao peso na gestação associam-se com o ganho de peso gestacional excessivo ao término da gestação (ROOMRUANGWONG et al., 2017) e predizem uma menor perda de peso no pós-parto (SHLOIM et al., 2019; WALKER et al., 2004). O presente estudo não demonstrou correlação entre comer intuitivo ou sintomas depressivos e IMC. Apesar de existirem referências que relacionam comer intuitivo e IMC, a avaliação dessa relação no período gestacional não foi encontrada. Entretanto, o comer intuitivo relaciona-se ao ganho de peso adequado na gestação (PATERSON et al., 2019), especialmente quanto ao parâmetro EPR (PLANTE et al., 2019b), e gestantes com maiores índices de IMC pré-gestacional restringem mais a alimentação (LARAIA et al., 2009). Quanto à associação entre depressão e IMC (pré-gestacional e atual), esta pode ser considerada controversa na literatura. São encontradas referências sobre a relação entre sintomas depressivos e ansiedade perinatais com esse índice, nas quais quanto maior o IMC, piores os parâmetros relacionados à saúde mental (DOTLIC et al., 2014; HOLTON et al., 2019; LARAIA et al., 2009); assim como também estudos que relatam a ausência da relação entre esses parâmetros (CARTER; BAKER; BROWNELL, 2000; ERTEL et al., 2017), esses últimos corroborando com os resultados da presente pesquisa. Por outro lado, a relação positiva entre IMC pré-gestacional e depressão pós-parto é consenso em outras literaturas (CARTER; BAKER; BROWNELL, 2000; ERTEL et al., 2017).

A idade gestacional não esteve significativamente relacionada às variáveis. Entretanto, houve diferença significativa no escore médio do comer intuitivo de gestantes entre o primeiro e o terceiro trimestres. Esse resultado pode ser

corroborado por Paterson et al. (2019), visto que aferiu que o comer intuitivo possui uma tendência de aumento no decorrer da gestação, sendo associado a um ganho de peso gestacional mais baixo. As outras variáveis não tiveram variações significativas entre os diferentes trimestres gestacionais. Esses resultados diferenciam-se de outros encontrados na literatura. A intensidade da insatisfação corporal e dos sintomas depressivos podem aumentar com o passar da gestação (SKOUTERIS et al., 2005), especialmente no período de pandemia (ÇOLAK et al., 2021). Estudo realizado durante a pandemia SARS-CoV-2 para avaliar sintomas relacionados às doenças mentais relata que com o passar das semanas gestacionais, há uma piora nos sintomas de saúde mental e na qualidade do sono (ÇOLAK et al., 2021). O terceiro trimestre é apontado como o período de maior intensidade para a imagem corporal negativa, envolvendo insatisfação (CHAN et al., 2020) e atitudes corporais negativas (MEIRELES et al., 2016), chegando ao pós-parto com níveis superiores à insatisfação pré-gestacional (CHAN et al., 2020; MEIRELES et al., 2016). Além disso, foi visto que a correlação entre as três variáveis passou a acontecer com o decorrer da gestação. Sendo apenas a correlação entre insatisfação corporal e sintomas depressivos esteve presente em todos os trimestres gestacionais, resultado similar ao encontrado por HAEDT e KEEL (2007). Pode-se considerar que o tamanho da amostra correspondente ao terceiro trimestre foi expressivamente maior e que isso pode ter influenciado esses resultados, sendo essa uma limitação da presente pesquisa.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo com caráter transversal apresenta a limitação em ser impossível inferir a temporalidade das associações entre os parâmetros, impedindo a inferência exata causal. Além disso, não foi utilizado qualquer diagnóstico prévio quanto à saúde mental da participante, inclusive, a utilização de ferramentas de rastreio, por não possuírem caráter diagnóstico, podem apontar falsos positivos.

Com relação à quantidade de questionários incompletos (45%), alguns motivos podem estar relacionados: (1) gestantes foram interrompidas no preenchimento porque foram chamadas para as consultas de pré-natal; (2) o tamanho dos questionários fez algumas voluntárias desistirem; e (3) alguns itens dos questionários estiveram em branco, provavelmente porque foram esquecidos ou confundidos no preenchimento. Para minimizar a primeira causa, todas as gestantes que iniciaram o preenchimento dos questionários foram aguardadas até o término de sua consulta para continuação. Quanto à segunda, foi explicado previamente o tempo necessário para responder aos questionários. Sobre a terceira causa, a pesquisadora principal pediu permissão para folhear o questionário no momento de recebimento a fim de perceber se havia algum item em branco e questionar a voluntária se desejaria responder.

A amostra deste estudo pode ser considerada representativa das gestantes atendidas pelo ambulatório pré-natal de alto risco do HC-UFPE, mas não representa todas as gestantes de alto risco da cidade de Recife. Inclusive, como não houve critério para a amostragem quanto à idade gestacional, é importante considerar que a amostra pode não ser representativa de todos os trimestres, visto que houve expressivamente maior participação de gestantes do terceiro trimestre gestacional em comparação aos outros. Isso ocorreu porque, nessa fase da gestação, as visitas ao sistema de saúde tendem a ocorrer em uma frequência maior.

É importante considerar que o estudo foi conduzido durante a pandemia SARS-CoV-2 não sendo possível avaliar a influência desse momento na saúde mental e comportamento alimentar das voluntárias.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa de caráter transversal teve como objetivo avaliar possíveis associações entre insatisfação corporal, comer intuitivo e sintomas depressivos em gestantes de alto risco. Pode-se considerar que:

- Existe correlação entre insatisfação corporal, comer intuitivo e sintomas depressivos para gestantes de alto risco participantes da pesquisa, corroborando com a hipótese levantada.
- A insatisfação corporal possui relação com o IMC prévio e atual dessas gestantes; diferentemente do comer intuitivo e sintomas depressivos, que não foram relacionados a esses fatores.
- A insatisfação corporal, comer intuitivo e sintomas depressivos não apresentaram correlação com a idade gestacional das gestantes de alto risco. A variação expressiva no número amostral para cada trimestre pode ter impossibilitado um resultado fidedigno para essa análise.

10 CONCLUSÃO

Insatisfação corporal e sintomas depressivos foram relacionados positivamente entre si e de forma negativa com o comer intuitivo em gestantes de alto risco da amostra. Sendo assim, o comer intuitivo pode ser considerado protetivo contra esses fatores em gestantes de alto risco.

11 PERSPECTIVAS FUTURAS

Esse estudo demonstra sua relevância ao interligar diferentes fatores psicológicos e comportamentais que podem influenciar a tomada de decisão sobre o cuidado em saúde dessa mulher e suas consequências para o feto. Recomenda-se próximas investigações com amostras representativas sobre os diferentes trimestres gestacionais, a fim de investigar de forma detalhada o desenvolvimento dessas variáveis de acordo com a idade gestacional.

REFERÊNCIAS

- AVALOS, L. C.; TYLKA, T. L. Exploring a model of intuitive eating with college women. **Journal of Counseling Psychology**, v. 53, n. 4, p. 486–497, out. 2006.
- BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2633–2642, nov. 2008.
- BAKER, C. W. et al. Eating attitudes and behaviors in pregnancy and postpartum: global stability versus specific transitions. **Ann Behav Med**. Spring 1999; 21(2):143-8.
- BECK, A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression. **ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY**, v. 4, p. 561–567, jun. 1961.
- BECK, C. T. Predictors of Postpartum Depression. **Nursing Research**, v. 50, n. 5, p. 275–285, set. 2001.
- BONARI, L. et al. Perinatal Risks of Untreated Depression During Pregnancy. **Can J Psychiatry**, v. 49, n. 11, p. 726–735, nov. 2004.
- BRASIL, M. D. S. DO. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL, M. D. S. DO. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL, M. D. S. DO. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CAMILLERI, G. M. et al. Intuitive eating dimensions were differently associated with food intake in the general population-based nutrinet-santé study. **Journal of Nutrition**, v. 147, n. 1, p. 61–69, 2017.

CARTER, A. S.; BAKER, C. W.; BROWNELL, K. D. Body Mass Index, Eating Attitudes, and Symptoms of Depression and Anxiety in Pregnancy and the Postpartum Period. **Psychosomatic Medicine**, 62:264–270, 2000.

CASTRO E COUTO, T. et al. Antenatal depression: Prevalence and risk factor patterns across the gestational period. **Journal of Affective Disorders**, v. 192, p. 70–75, 1 mar. 2016.

CATTARINUSSI, G. et al. Effect of parental depressive symptoms on offspring's brain structure and function: A systematic review of neuroimaging studies. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews Elsevier Ltd**, dez. 2021.

CHAN, C. Y. et al. Associations of body dissatisfaction with anxiety and depression in the pregnancy and postpartum periods: A longitudinal study. **Journal of Affective Disorders**, v. 263, p. 582–592, 15 fev. 2020.

CHRISTOPH, M. et al. Longitudinal associations between intuitive eating and weight-related behaviors in a population-based sample of young adults. **Appetite**, v. 160, 1 maio 2021.

CLARK, A. et al. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. **Journal of Health Psychology**, v. 14, n. 1, p. 27–35, jan. 2009.

CLARK, M.; OGDEN, J. The impact of pregnancy on eating behaviour and aspects of weight concern. **International Journal of Obesity**. 23, 18-24, 1999.

ÇOLAK, S. et al. The level of depression, anxiety, and sleep quality in pregnancy during coronavirus disease 2019 pandemic. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 47, n. 8, p. 2666–2676, 1 ago. 2021.

COOPER, Z. et al. The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire. **International Journal of Eating Disorders**, Vol. 6, No. 4, 485-494, 1987.

DA SILVA, W. R. et al. A psychometric investigation of Brazilian Portuguese versions of the Caregiver Eating Messages Scale and Intuitive Eating Scale-2. **Eating and Weight Disorders**, v. 25, n. 1, p. 221–230, 1 fev. 2020.

DAUNDASEKARA, S. S. et al. Validation of the intuitive Eating Scale for pregnant women. **Appetite**, v. 112, p. 201–209, 1 maio 2017.

DAVIES, K.; WARDLE, J. Body image and dieting in pregnancy. **Journal of Psychosomatic Research**, Vol. 38, No. 8, pp. 787–799, 1994.

DI PIETRO, M.; XAVIER DA SILVEIRA, D. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. **Rev Bras Psiquiatr.**, p. 21–24, 2009.

DOTLIC, J. et al. The Influence of Body Mass Index on the Perceived Quality of Life during Pregnancy. **Applied Research in Quality of Life**, v. 9, n. 2, p. 387–399, 1 jun. 2014.

DOWNS, D. S.; DINALLO, J. M.; KIRNER, T. L. Determinants of pregnancy and postpartum depression: Prospective influences of depressive symptoms, body image satisfaction, and exercise behavior. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 36, n. 1, p. 54–63, ago. 2008.

DRYER, R.; GRAEFIN VON DER SCHULENBURG, I.; BRUNTON, R. Body dissatisfaction and Fat Talk during pregnancy: Predictors of distress. **Journal of Affective Disorders**, v. 267, p. 289–296, 15 abr. 2020.

DULLOO, A. G.; JACQUET, J.; MONTANI, J. P. How dieting makes some fatter: From a perspective of human body composition autoregulation. **Proceedings of the Nutrition Society**, 71, 379–389, 2012.

DUNCOMBE, D. et al. How well do women adapt to changes in their body size and shape across the course of pregnancy? **Journal of Health Psychology**, v. 13, n. 4, p. 503–515, maio 2008.

ELISE, R. et al. A key for perinatal depression early diagnosis: The body dissatisfaction. **Journal of Affective Disorders**, v. 245, p. 340–347, 15 fev. 2019.

ELLINGTON, K. Perinatal depression screening: Improving outcomes during COVID-19. **Wolters Kluwer Health**, v. 51, n. 10, p. 50–54, 2021.

EMERSON, J. A. et al. Maternal mental health symptoms are positively related to emotional and restrained eating attitudes in a statewide sample of mothers participating in a supplemental nutrition program for women, infants and young children. **Maternal and Child Nutrition**, v. 13, n. 1, 1 jan. 2017.

ERTEL, K. A. et al. Perinatal weight and risk of prenatal and postpartum depressive symptoms. **Annals of Epidemiology**, v. 27, n. 11, p. 695- 700.e1, 1 nov. 2017.

FAUCHER, M. A.; MIRABITO, A. M. Pregnant Women with Obesity Have Unique Perceptions About Gestational Weight Gain, Exercise, and Support for Behavior Change. **Journal of Midwifery and Women's Health**, v. 65, n. 4, p. 529–537, 1 jul. 2020.

FENG, Y. Y. et al. Gestational weight gain outside the 2009 Institute of Medicine recommendations: novel psychological and behavioural factors associated with inadequate or excess weight gain in a prospective cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 21, n. 1, 1 dez. 2021.

FORBES, L. E. et al. Dietary change during pregnancy and women's reasons for change. **Nutrients**, v. 10, n. 8, 8 ago. 2018.

GAST, J.; HAWKS, S. R. Weight Loss Education: The Challenge of a New Paradigm. **Health Education and Behavior**, v. 25, n. 4, p. 464–473, 1998.

GELAYE, B. et al. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. **Lancet Psychiatry**, 3(10): 973–982, October 2016.

GEREN, A. et al. Does time change the anxiety and depression scores for pregnant women on Covid-19 pandemic? **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 47, n. 10, p. 3516–3523, 1 out. 2021.

GONÇALVES, S. et al. Dysfunctional eating behaviour, psychological well-being and adaptation to pregnancy: A study with women in the third trimester of pregnancy. **Journal of Health Psychology**, v. 20, n. 5, p. 535–542, 9 maio 2015.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 245–250, 1998.

HAEDT, A.; KEEL, P. Maternal attachment, depression, and body dissatisfaction in pregnant women. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 25, n. 4, p. 285–295, nov. 2007.

HAN, S. Y.; BREWIS, A. A.; WUTICH, A. Body image mediates the depressive effects of weight gain in new mothers, particularly for women already obese: Evidence from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, 29 jul. 2016.

HAUFF, L. E.; DEMERATH, E. W. Body image concerns and reduced breastfeeding duration in primiparous overweight and obese women. **American Journal of Human Biology**, v. 24, n. 3, p. 339–349, maio 2012.

HAWKS, S. et al. The Relationship Between Intuitive Eating and Health Indicators Among College Women. **American Journal of Health Education**, v. 36, n. 6, p. 331–336, nov. 2005.

HAWKS, S.; MERRILL, R. M.; MADANAT, H. N. The Intuitive Eating Scale: Development and Preliminary Validation. **American Journal of Health Education**, v. 35, n. 2, p. 90–99, 2004.

HAZZARD, V. M. et al. Intuitive eating longitudinally predicts better psychological health and lower use of disordered eating behaviors: findings from EAT 2010–2018. **Eating and Weight Disorders**, v. 26, n. 1, p. 287–294, 1 fev. 2021.

HOLTON, S. et al. Pre-pregnancy body mass index and the risk of antenatal depression and anxiety. **Women and Birth**, v. 32, n. 6, p. e508–e514, 1 dez. 2019.

INCOLLINGO RODRIGUEZ, A. C. et al. The psychological burden of baby weight: Pregnancy, weight stigma, and maternal health. **Social Science and Medicine**, v. 235, 1 ago. 2019.

KENDALL, P. C. et al. Issues and Recommendations Regarding Use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive Therapy and Research**, Vol. 11, No. 3, 289-299, 1987.

KHAN, R. et al. Predictors of Prenatal Depression: A Cross-Sectional Study in Rural Pakistan. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, 10 set. 2021.

KINSELLA, M. T.; MONK, C. Impact of maternal stress, depression and anxiety on fetal neurobehavioral development. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, set. 2009.

KORNFELD, B. D. et al. Postpartum depression and intimate partner violence in urban mothers: Co-occurrence and child healthcare utilization. **Journal of Pediatrics**, v. 161, n. 2, 2012.

KOZHIMANNIL, K. B. et al. Association Between Diabetes and Perinatal Depression Among Low-Income Mothers. **American Medical Association**, v. 301, n. 8, p. 842–847, 25 fev. 2009.

KRAUSS PEREIRA, P.; LOVISI, M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados Prevalence of gestacional depression and associated factors. **Rev Psiq Clín**, p. 144–153, 2008.

LARAIA, B. A. et al. Pregravid weight is associated with prior dietary restraint and psychosocial factors during pregnancy. **Obesity**, v. 17, n. 3, p. 550–558, mar. 2009.

LEAHY, K. et al. The Relationship Between Intuitive Eating and Postpartum Weight Loss. **Maternal and Child Health Journal**, v. 21, n. 8, p. 1591–1597, 1 ago. 2017.

LEE, M. F.; WILLIAMS, S. L.; BURKE, K. J. Striving for the thin ideal post-pregnancy: a cross-sectional study of intuitive eating in postpartum women. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 38, n. 2, p. 127–138, 14 mar. 2020.

LINARDON, J.; TYLKA, T. L.; FULLER-TYSZKIEWICZ, M. Intuitive eating and its psychological correlates: A meta-analysis. **International Journal of Eating Disorders**. John Wiley and Sons Inc, 1 jul. 2021.

LOTH, K. A. et al. Body satisfaction during pregnancy. **Body Image**, v. 8, n. 3, p. 297–300, jun. 2011.

MEIRELES, J. F. F. et al. Satisfação corporal, idade gestacional e estado nutricional em gestantes. **ABCS Health Sciences**, v. 41, n. 1, 6 maio 2016.

MEIRELES, J. F. F. et al. Body image, eating attitudes, depressive symptoms, self-esteem and anxiety in pregnant women of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 437–446, 2017.

MEIRELES, J. F. F. et al. Comparison of pregnant women from public and private health care: A psychological approach. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 19, n. 1, p. 79–87, 1 jan. 2019.

MICALI, N. et al. Pregnancy loss of control over eating: A longitudinal study of maternal and child outcomes. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 108, n. 1, p. 101–107, 1 jul. 2018.

MICALI, N.; TREASURE, J.; SIMONOFF, E. Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 63, n. 3, p. 297–303, set. 2007.

MILLER, E. S.; SAADE, G. R.; SIMHAN, H. N et al. Trajectories of antenatal depression and adverse pregnancy outcomes. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, 2021.

NASH, M. Weighty matters: Negotiating “fatness” and “in-betweenness” in early pregnancy. **Feminism and Psychology**, v. 22, n. 3, p. 307–323, ago. 2012.

NOBRE, R. G. et al. Comportamento alimentar e percepção da imagem corporal de gestantes atendidas em um ambulatório de alto risco. **Rev Bras Promoç Saúde**, 27(2): 256-262, abr./jun., 2014.

ORLOFF, N. C. et al. Food cravings in pregnancy: Preliminary evidence for a role in excess gestational weight gain. **Appetite**, v. 105, p. 259–265, 1 out. 2016.

PATERSON, H. et al. Intuitive eating and gestational weight gain. **Eating Behaviors**, v. 34, 1 ago. 2019.

PLANTE, A. S. et al. Relationship Between Psychosocial Factors, Dietary Intake and Gestational Weight Gain: A Narrative Review. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada Elsevier Inc**, 1 abr. 2019a.

PLANTE, A. S. et al. Trimester-Specific Intuitive Eating in Association With Gestational Weight Gain and Diet Quality. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 51, n. 6, p. 677–683, 1 jun. 2019b.

PRZYBYŁA-BASISTA, H.; KWIECIŃSKA, E.; ILSKA, M. Body acceptance by pregnant women and their attitudes toward pregnancy and maternity as predictors of prenatal depression. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 24, p. 1–12, 2 dez. 2020.

- QUANSAH, D. Y. et al. Intuitive eating is associated with weight and glucose control during pregnancy and in the early postpartum period in women with gestational diabetes mellitus (GDM): A clinical cohort study. **Eating Behaviors**, v. 34, 1 ago. 2019.
- RIFKIN-GRABOI, A. et al. Prenatal maternal depression associates with microstructure of right amygdala in neonates at birth. **Biological Psychiatry**, v. 74, n. 11, p. 837–844, 1 dez. 2013.
- ROCCO, P. L. et al. Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: A prospective study. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 59, n. 3, p. 175–179, set. 2005.
- RODRIGUES, P. B. et al. Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. **Trends Psychiatry Psychother**, 38(3)–137, 2016.
- ROOMRUANGWONG, C. et al. High incidence of body image dissatisfaction in pregnancy and the postnatal period: Associations with depression, anxiety, body mass index and weight gain during pregnancy. **Sexual and Reproductive Healthcare**, v. 13, p. 103–109, 1 out. 2017.
- SALAMERO, M. et al. Factorial study of the BDI in pregnant women. **Psychological Medicine**, 24, 1031-1035, 1994.
- SANLIER, N. et al. The Relationship between Adults' Perceptions, Attitudes of COVID-19, Intuitive Eating, and Mindful Eating Behaviors. **Ecology of Food and Nutrition**, 2021.
- SANTOS, A. M. et al. Pica and Eating Attitudes: A Study of High-Risk Pregnancies. **Maternal and Child Health Journal**, v. 20, n. 3, p. 577–582, 1 mar. 2016.
- SAVARD, C. et al. Positive attitudes toward weight gain in late pregnancy are associated with healthy eating behaviours. **Eating and Weight Disorders**, v. 26, n. 6, p. 2051–2058, 1 ago. 2021.
- SAY, L. et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, v. 2, n. 6, 2014.

- SCHOENEFELD, S. J.; WEBB, J. B. Self-compassion and intuitive eating in college women: Examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. **Eating Behaviors**, v. 14, n. 4, p. 493–496, dez. 2013.
- SEGATO, L. et al. Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 20, n. 1, 29 abr. 2009.
- SHLOIM, N. et al. Relationship between body mass index and women's body image, self-esteem and eating behaviours in pregnancy: A cross-cultural study. **Journal of Health Psychology**, v. 20, n. 4, p. 413–426, 23 abr. 2015.
- SHLOIM, N. et al. Israeli and British women's wellbeing and eating behaviours in pregnancy and postpartum. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 37, n. 2, p. 123–138, 15 mar. 2019.
- SKOUTERIS, H. et al. A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. **Body Image**, v. 2, n. 4, p. 347–361, dez. 2005.
- SOARES, R. M. et al. Inappropriate eating behaviors during pregnancy: Prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in Southern Brazil. **International Journal of Eating Disorders**, v. 42, n. 5, p. 387–393, jul. 2009.
- SUI, Z.; TURNBULL, D.; DODD, J. Effect of body image on gestational weight gain in overweight and obese women. **Women and Birth**, v. 26, n. 4, p. 267–272, dez. 2013.
- TARIQ, N. et al. Maternal depression and its correlates: A longitudinal study. **Journal of the Pakistan Medical Association**, v. 71, n. 6, p. 1618–1622, 1 jun. 2021.
- TYLKA, T. L. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. **Journal of Counseling Psychology**, v. 53, n. 2, p. 226–240, 2006.
- TYLKA, T. L.; HOMAN, K. J. Exercise motives and positive body image in physically active college women and men: Exploring an expanded acceptance model of intuitive eating. **Body Image**, v. 15, p. 90–97, 1 set. 2015.
- TYLKA, T. L.; KROON VAN DIEST, A. M. The Intuitive Eating Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. **Journal of Counseling Psychology**, v. 60, n. 1, p. 137–153, jan. 2013.

TYLKA, T. L.; WILCOX, J. A. Are intuitive eating and eating disorder symptomatology opposite poles of the same construct? **Journal of Counseling Psychology**, v. 53, n. 4, p. 474–485, out. 2006.

VAN DER KNAAP, N. J. F. et al. Maternal depressive symptoms during pregnancy are associated with amygdala hyperresponsivity in children. **European Child and Adolescent Psychiatry**, v. 27, n. 1, p. 57–64, 1 jan. 2018.

VAN DYCK, Z. et al. German version of the intuitive eating scale: Psychometric evaluation and application to an eating disordered population. **Appetite**, v. 105, p. 798–807, 1 out. 2016.

VAN DYKE, N.; DRINKWATER, E. J. Relationships between intuitive eating and health indicators: Literature review. **Public Health Nutrition**. Cambridge University Press, 2014.

VIEIRA DA SILVA MAGALHÃES, P. et al. Validity of the Beck Depression Inventory in the postpartum period. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, v. 12, n. 1, p. 81–84, 2008.

VOERMAN, E. et al. Association of Gestational Weight Gain With Adverse Maternal and Infant Outcomes. **JAMA**, v. 321, n. 17, p. 1702–1705, 7 maio 2019.

WALKER, L. O. et al. Weight and behavioral and psychosocial factors among ethnically diverse, low-income women after childbirth: II. Trends and correlates. **Women and Health**, v. 40, n. 2, p. 19–34, 2004.

WHO et al. **Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division**. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WILSON, L. M. et al. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. **Can Med Assoc J**. 154 (6). mar. 15, 1996

WOLF, N. O Mito da Beleza: Como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. 15ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

WOODY, C. A. et al. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. **Journal of Affective Disorders Elsevier B.V.**, 1 set. 2017.

WU, Q.; CHEN, H. L.; XU, X. J. Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: A meta-analysis. **Archives of Women's Mental Health**, v. 15, n. 2, p. 107–114, abr. 2012.

WU, Y. et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 223, n. 2, p. 240.e1-240.e9, 1 ago. 2020.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO DE DADOS GERAIS

(Preenchimento pelos pesquisadores)

Nº da voluntária: _____

Data: _____

Nome: _____

Telefone de contato: _____ Bairro onde mora: _____

Data de nascimento: _____

Estado civil (*marque um x*):

☐ solteira ☐ casada ☐ união estável/amigados ☐ separada/divorciada ☐ viúva

Escolaridade: até que série estudou? _____

Você trabalha? ☐ sim ☐ não Qual a sua ocupação/trabalho? _____

Quantas pessoas moram na sua casa? _____

Quantas pessoas que moram na sua casa têm trabalho remunerado? _____

História obstétrica

Já teve outras gestações? ☐ sim ☐ não

Quantos filhos você tem? _____ Qual a idade do seu filho mais velho? _____

Teve intercorrências (problemas) durante as gestações anteriores? ☐ sim ☐ não

Qual? _____

História da gestação atual

A gravidez foi planejada? ☐ sim ☐ não

Você está grávida de gêmeos? ☐ sim ☐ não

Intercorrências (problemas) nessa gestação? ☐ sim ☐ não

Qual? _____

Enjôo frequente? ☐ sim ☐ não

Quantas semanas de gestação? _____ Trimestre: [1º] [2º] [3º]

Altura: _____ Peso atual: _____

Qual o seu último peso médio antes da gravidez? _____

Tinha alterações de peso frequentes antes da gestação? ☐ sim ☐ não

Pratica alguma atividade física? ☐ sim ☐ não. Qual? _____

Observações: _____

(Preenchimento pelos pesquisadores)
Nº da voluntária: _____

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO CORPORAL (BODY SHAPE QUESTIONNAIRE – BSQ)

Assinale abaixo como você se sente em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada uma das questões e assinale a resposta mais apropriada, de acordo com as frequências:

	Nunca	Rara-mente	As vezes	Frequen-temente	Muito frequen-temente	Sempre
1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física?						
2. Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta?						
3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo?						
4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)?						
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme?						
6. Sentir-se satisfeita (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você se sentir gorda?						
7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar?						
8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar?						
9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico?						
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta?						
11. Você já se sentiu gorda, mesmo comendo uma quantidade menor de comida?						
12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem?						
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou conversa)?						
14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda?						
15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo?						
16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo?						
17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda(o)?						
18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico?						
19. Você se sente excessivamente grande e arredondada?						
20. Você já teve vergonha do seu corpo?						
21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta?						

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)?						
23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole?						
24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou na barriga?						
25. Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras que você?						
26. Você já vomitou para se sentir mais magra?						
27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)?						
28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo?						
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você se sentir mal em relação ao seu físico?						
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?						
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)?						
32. Você toma laxantes para se sentir magra?						
33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas?						
34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios?						

QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR (Intuitive Eating Scale-2 - IES-2)

Para cada item, marque um x na resposta que melhor caracteriza suas atitudes e comportamentos.

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
1. Eu tento evitar comidas ricas em gordura, carboidratos ou calorias.					
2. Eu como quando estou emotiva (por exemplo: ansiosa, deprimida, triste), mesmo não estando com fome.					
3. Se eu estiver com vontade de comer um certo tipo de comida, eu me permito comer.					
4. Eu fico triste comigo mesmo(a) se como algo que não é saudável.					
5. Eu como quando me sinto sozinho(a), mesmo não estando com fome.					
6. Eu confio no meu corpo para me dizer quando comer.					
7. Eu confio no meu corpo para me dizer o que comer.					
8. Eu confio no meu corpo para me dizer o quanto comer.					

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
9. Eu tenho “comidas proibidas” que não me permito comer.					
10. Eu uso a comida para me ajudar a aliviar minhas emoções negativas.					
11. Eu como quando estou estressada, mesmo não estando com fome.					
12. Eu consigo lidar com minhas emoções negativas (ansiedade, tristeza) sem ter que usar a comida como uma forma de conforto.					
13. Quando eu estou entediada, eu NÃO como alguma coisa só por comer.					
14. Quando me sinto sozinha, eu NÃO uso a comida como uma forma de conforto.					
15. Eu descobri outras formas, diferentes de comer, para lidar com o estresse e a ansiedade.					
16. Eu me permito comer a comida que eu tenho vontade naquele momento.					
17. Eu NÃO sigo dietas ou regras que definem o que, onde e o quanto eu devo comer.					
18. Na maioria das vezes, eu tenho vontade de comer comidas nutritivas.					
19. Principalmente, eu como alimentos que ajudam meu corpo a funcionar bem.					
20. Principalmente, eu como alimentos que dão disposição e energia para meu corpo.					
21. Eu confio na minha fome para me dizer quando comer.					
22. Eu confio na minha sensação de saciedade para me dizer quando devo parar de comer.					
23. Eu confio no meu corpo para me dizer quando devo parar de comer.					

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL (Inventário de Depressão de Beck)

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.

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.
0 Não estou especialmente desanimada quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimada 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

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.
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 insatisfeita ou aborrecida com tudo.
0 Não me sinto especialmente culpada. 1 Eu me sinto culpada às vezes. 2 Eu me sinto culpada na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpada.
0 Não acho que esteja sendo punida. 1 Acho que posso ser punida. 2 Creio que vou ser punida. 3 Acho que estou sendo punida.
0 Não me sinto decepcionada comigo mesmo. 1 Estou decepcionada comigo mesmo. 2 Estou enojada de mim. 3 Eu me odeio.
0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítica 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.
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
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
0 Não sou mais irritada agora do que já fui. 1 Fico molestada ou irritada mais facilmente do que costumava. 2 Atualmente me sinto irritada o tempo todo. 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
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

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.
0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser. 1 Preocupo-me por estar parecendo velha ou sem atrativos. 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos. 3 Considero-me feia.
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.
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.
0 Não fico mais cansada que de hábito. 1 Fico cansada com mais facilidade do que costumava. 2 Sinto-me cansada ao fazer quase qualquer coisa. 3 Estou cansada demais para fazer qualquer coisa.
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.
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 ()
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 preocupada 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.
0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual. 1 Estou menos interessada por sexo que costumava. 2 Estou bem menos interessada em sexo atualmente. 3 Perdi completamente o interesse por sexo

(Preenchimento pelos pesquisadores)
 Nº da voluntária: _____

APÊNDICE B – PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

Title: Negative body image associated with dysfunctional eating behavior in pregnant women: a systematic review.

Authors: Bárbara Pereira de Melo Medeiros Lippi^{ab}; Lourenço Augusto Máximo de Freitas^a; Amaury Cantilino^a

^aDepartamento de Neuropsiquiatria. Avenida da Engenharia, S/N, Prédio dos Programas de Pós-Graduação do CCS-UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, 50740-600, Brazil. ^bCorresponding author: barbaralippi.nutri@gmail.com

Journal: Eating Behaviors - 1471-0153 – Qualis B1 (Medicina II)

Eating Behaviors

Negative body image associated with dysfunctional eating behavior in pregnant women: a systematic review

--Manuscript Draft--

Manuscript Number:	
Article Type:	Review Article
Keywords:	body dissatisfaction; pregnancy; restrictive eating; emotional eating; eating disorder.
Corresponding Author:	Bárbara Pereira de Melo Medeiros Lippi, Graduated Universidade Federal de Pernambuco Centro de Ciencias da Saude Recife, Pernambuco BRAZIL
First Author:	Bárbara Pereira de Melo Medeiros Lippi, Graduated
Order of Authors:	Bárbara Pereira de Melo Medeiros Lippi, Graduated Lourenço Augusto Máximo de Freitas, Graduated Amaury Cantilino da Silva Júnior, PhD

Title: Intuitive eating as a protective factor against body dissatisfaction and depressive symptoms in high-risk pregnant women

Authors: Bárbara Pereira de Melo Medeiros Lippi^{ab}; Lourenço Augusto Máximo de Freitas^a; Amaury Cantilino^a

^aDepartamento de Neuropsiquiatria. Avenida da Engenharia, S/N, Prédio dos Programas de Pós-Graduação do CCS-UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, 50740-600, Brazil. ^bCorresponding author: barbaralippi.nutri@gmail.com

Journal: Eating Behaviors - 1471-0153 – Qualis B1 (Medicina II)

Eating Behaviors Intuitive eating as a protective factor against body dissatisfaction and depressive symptoms in high-risk pregnant women --Manuscript Draft--	
Manuscript Number:	
Article Type:	Full length article
Keywords:	Body Image. Depression. Eating Behavior. Pregnancy.
Corresponding Author:	Bárbara Pereira de Melo Medeiros Lippi, Graduated Universidade Federal de Pernambuco Centro de Ciencias da Saude Recife, Pernambuco BRAZIL
First Author:	Bárbara Pereira de Melo Medeiros Lippi, Graduated
Order of Authors:	Bárbara Pereira de Melo Medeiros Lippi, Graduated Priscila Maia Ferreira Silva, Master Amaury Cantilino, PhD Rosana Christine Cavalcanti Ximenes, PhD
Abstract:	Changes experienced during pregnancy can lead to body image dissatisfaction, increase risks of mood disorders such as depression, and alter eating behavior. Although intuitive eating is positively associated with self-image and mental health in other groups, this association is not well known for pregnant people. Therefore, this study aimed at investigating the relationship between body dissatisfaction, depressive symptoms, and intuitive eating among pregnant women at high-risk outpatient care. It consists of a transversal observational study carried out with 113 pregnant women over the age of 18, assisted by high-risk pre-natal care programs in a reference University hospital in Northeastern Brazil. To evaluate body dissatisfaction, depressive symptoms, and intuitive eating, self-report instruments (Body Shape Questionnaire, Beck Depression Inventory, and Intuitive Eating Scale-2) were used. Body dissatisfaction and depressive symptoms were present in 28.32% and 32.74% of participants, respectively. The mean score for intuitive eating behavior was 3.28±0.56. Body dissatisfaction, depressive symptoms, and intuitive eating were correlated ($p<0.001$), as were body dissatisfaction, previous BMI, and gestational BMI ($p<0.001$). As such, we found that intuitive eating may be a protective factor against body dissatisfaction and depressive symptoms in high-risk pregnancies. We suggest that future identify how these parameters behave according to gestational age.

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE IMAGEM CORPORAL, COMPORTAMENTO ALIMENTAR E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM GESTANTES ACOMPANHADAS POR PROGRAMA DE PRÉ NATAL

Pesquisador: BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31892920.0.3001.8807

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.352.760

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda 1 de 13 de outubro de 2020.

Os autores justificam a emenda a necessidade de adaptação à situação da pandemia e especificidade do instrumento de avaliação.

Alterações propostas:

Alteração 1. Desenho da Pesquisa (pág. 6).

Considerando redução do tempo disponível para a coleta de dados devido à pandemia e visando maior aceitação da pesquisa pelas voluntárias, foi reduzido o tempo de contato, realizando as orientações nutricionais ainda na sala de espera a fim otimizar o tempo.

Alteração 2. Amostra de Participantes (pág. 6).

Considerando a quantidade média mais fidedigna de gestantes atendidas atualmente, foi necessário realizar um novo cálculo sobre o número de voluntárias representativas da amostra.

Alteração 3. Critérios de inclusão e exclusão (pág. 7)

Visando uma oportunidade de abranger mais mulheres, foram adaptados alguns critérios.

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-901

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-3743

E-mail: cepcufpe@gmail.com

**UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.352.760

Alteração 4. Recrutamento dos Participantes (pág. 7)

Foi alterada a quantidade de voluntárias a serem abordadas por semana, para alinhar-se com o novo número amostral.

Alteração 5. Dados de identificação e sociodemográficos (pág. 7)

O questionário que antes seria feito em formato de entrevista foi adaptado para que ocorresse o autopreenchimento, visando otimizar o tempo da pesquisa.

Alteração 6. Body Shape Questionnaire (BSQ) (pág. 8)

O questionário sobre imagem corporal foi alterado para outro mais específico ao grupo estudado.

Alteração 7. Intuitive Eating Scale-2 (IES-2) (pág. 9)

Foi adicionada mais uma ferramenta sobre comportamento alimentar, visando analisar o aspecto do comportamento alimentar intuitivo em gestantes de forma mais satisfatória.

Alteração 8. Procedimentos para a coleta de dados (pág. 10)

Foi alterado o procedimento visando o mínimo de tempo possível em contato com as gestantes, devido à pandemia COVID-19.

Alteração 9. Análise e interpretação dos dados (pág. 12)

Foi incluída a análise do questionário IES-2 e alterado a análise do questionário de imagem corporal.

Alteração 10. Cronograma (pág. 12)

Foi atualizado perante a dificuldade de início da coleta de dados durante a pandemia do COVID-19.

Alteração 11. Orçamento (pág. 13)

Foram adicionados os custos relacionados a impressão dos questionários.

Alteração 12. Anexos (pág. 16)

Alterado o questionário de imagem corporal e adicionado o questionário IES-2.

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cephcuufpe@gmail.com

**UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.352.760

Alteração 13. Questionário de dados gerais (pág. 25)

Atualizado o questionário de dados gerais visando ser mais atrativo e autoexplicativo para que as voluntárias possam responder-lo sozinhas.

Alteração 14. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pág. 26)

Atualização na linguagem tornando-o mais acessível para o público

É um projeto de pesquisa para Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências Do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco orientado pelo Prof. Amaury Cantilino.

Imagem corporal refere-se à forma como um corpo é auto percebido. A insatisfação com a imagem corporal durante a gestação pode indicar um distúrbio de humor posterior e estar associado a transtornos atuais, como depressão pré e pós parto, transtornos de humor e transtornos de ansiedade. Intervenções sobre os sintomas depressivos e a insatisfação corporal podem atuar de forma positiva na saúde psicológica durante a gravidez e no pós-parto.

Hipótese: Pacientes com maior insatisfação corporal possuem mais sintomas depressivos. A prevalência de sintomas depressivos durante a gestação diferencia-se de acordo com perfis de comportamento alimentar, sendo mais acentuada em pacientes com comportamentos restritivos relativos à alimentação.

Será um estudo observacional transversal quantitativo, com coleta de dados realizada em consulta nutricional única com gestantes a partir do terceiro mês de gestação acompanhadas pelo programa de pré-natal do HC da UFPE.

Na consulta, com duração média de 20 minutos, e na pré-consulta serão avaliados o nível de satisfação corporal, presença de sintomas depressivos e perfil de comportamento alimentar, com auxílio de questionários indicados para cada aferição (questionários). Além disso, nesse momento será realizada a avaliação do estado nutricional e orientações nutricionais referentes a hábitos alimentares nesse período. Os autores pretendem estudar 132 pacientes e os critérios de inclusão são ter ensino fundamental completo, alfabetizadas, e aceitar a participar do estudo. Os critérios de exclusão são pacientes com idade inferior a 18 anos ou com transtornos psiquiátricos que limitem o atendimento da pesquisa.

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-901

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-3743

E-mail: cephufpe@gmail.com

**UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.352.760

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar relação entre satisfação corporal, comportamento alimentar e sintomas depressivos em gestantes.

Específicos:

- Categorizar a satisfação corporal em gestantes.
- Avaliar intensidade de sintomas depressivos em gestantes.
- Identificar perfis de comportamento alimentar de gestantes
- Identificar nível de satisfação corporal em diferentes trimestres gestacionais.
- Relacionar intensidade de sintomas depressivos ao estado nutricional de gestantes.
- Relacionar satisfação corporal e estado nutricional em gestantes.
- Testar correlação entre intensidade de sintomas depressivos e satisfação corporal em gestantes.
- Comparar intensidade de sintomas depressivos em diferentes perfis de comportamento alimentar de gestantes.
- Comparar níveis de satisfação corporal em diferentes perfis de comportamento alimentar de gestantes

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliação de Riscos- adequada

Avaliação de benefícios - parcialmente adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhum

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Esclarecer a limitação de idade em 18 anos.

Indicar como serão conduzidas as pacientes identificadas com transtornos psiquiátricos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências ao projeto inicial estão adequadamente respondidas.

As modificações da emenda estão aprovadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

emenda aprovada

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-901

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-3743

E-mail: cephufpe@gmail.com

**UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.352.760

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	JUSTIFICATIVADEEMENDA.docx	13/10/2020 08:54:55	BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Comite_EmendaBARBARAMED EIROS.doc	13/10/2020 08:54:10	BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEBARBARA.docx	13/10/2020 08:53:19	BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI	Aceito
Outros	curriculoamaurycantilino.pdf	16/06/2020 21:20:50	BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI	Aceito
Outros	historicoescolarsigaabarbaramedeiros.p df	16/05/2020 18:06:38	BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI	Aceito
Outros	termodeconfidencialidadebarbara.pdf	16/05/2020 18:04:45	BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI	Aceito
Outros	curriculobarbaramedeiros_16_05.pdf	16/05/2020 17:59:15	BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

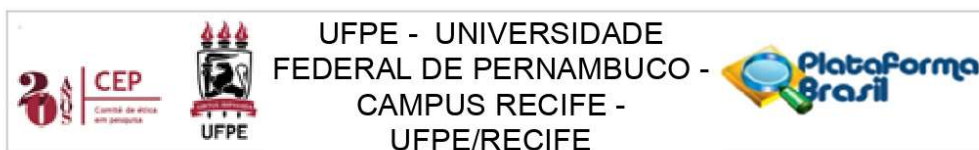
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 21 de Outubro de 2020

Assinado por:
José Ângelo Rizzo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cephufpe@gmail.com



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE IMAGEM CORPORAL, COMPORTAMENTO ALIMENTAR E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM GESTANTES ACOMPANHADAS POR PROGRAMA DE PRÉ NATAL

Pesquisador: BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31892920.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.102.139

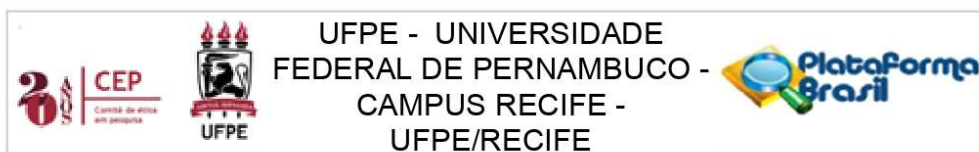
Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde -CCS- da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, intitulado: " Percepção de imagem corporal, comportamento alimentar e sintomas depressivos em gestantes acompanhadas por programa de pré natal" tendo como pesquisadora responsável a mestranda Bárbara Pereira de Melo Medeiros Lippi, orientada pelo Prof. Dr. Amaury Cantilino.

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos contendo (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1546516.pdf 16/05/2020) e do Projeto Detalhado.

O período gestacional constitui um momento de vulnerabilidade psicoemocional às mulheres. A imagem corporal negativa durante a gravidez é relacionada à depressão pré e pós-parto. Sabe-se que gestantes com insatisfação corporal tendem a aderir comportamentos restritivos ao peso. As investigações sobre os sintomas depressivos, insatisfação corporal e comportamento alimentar podem atuar de forma positiva no plano de acompanhamento da saúde psicoemocional dessas mulheres.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.102.139

As perguntas norteadoras do presente projeto são: escores de insatisfação corporal estão associados à prevalência de sintomas depressivos em gestantes acompanhadas no pré-natal no serviço público de saúde em Recife? Determinados perfis comportamentais relativos à alimentação estão associados à prevalência de sintomas depressivos durante a gestação?

HIPÓTESE

Pacientes com maior insatisfação corporal possuem mais sintomas depressivos, visto que escores maiores de insatisfação/checagem corporal estão associados à depressão na gravidez. A prevalência de sintomas depressivos durante a gestação diferencia-se de acordo com perfis de comportamento alimentar, sendo mais acentuada em pacientes com comportamentos restritivos relativos à alimentação.

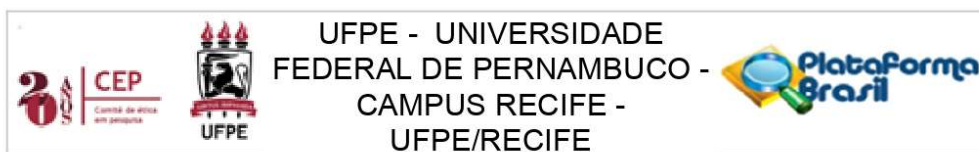
A abordagem metodológica utilizada será um estudo observacional transversal quantitativo, com coleta de dados realizada em consulta nutricional única com gestantes a partir do terceiro mês de gestação acompanhada pelo programa de pré-natal de um hospital universitário. Na consulta, com duração média de 50 minutos, serão avaliados o nível de satisfação corporal, presença de sintomas depressivos e perfil de comportamento alimentar, com auxílio de instrumentos indicados para cada aferição. Além disso, nesse momento será realizada a avaliação do estado nutricional e orientações nutricionais referentes a hábitos alimentares nesse período. A pesquisadora ou um auxiliar estagiário estarão presentes por todo o momento para auxiliar aquelas que, por acaso, tenham dificuldades na leitura dos questionários.

A pesquisa será realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), localizado no endereço Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-901. Essa pesquisa ocorrerá em parceria com o programa de pré-natal realizado pela equipe de obstetrícia do hospital. Considerando a quantidade média de atendimentos realizado mensalmente para o pré-natal no HC de 180 pacientes gestantes, o intervalo de confiança de 95% e sua margem de erro de 5%, a amostra representativa para esse grupo é de 123 pacientes.

Crítérios de inclusão: Pacientes gestantes acompanhadas pelo programa de pré-natal do HC-UFPE; Pacientes com ensino fundamental completo; Pacientes que aceitaram responder os três questionários referentes à pesquisa.

Crítérios de exclusão: Pacientes com idade inferior a dezoito anos; Pacientes com transtornos psiquiátricos que limitem o entendimento da pesquisa.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.102.139

Os Instrumentos para coleta de dados utilizados na pesquisa serão: Questionários com Dados de identificação e sociodemográficos, antropométricos: avaliação do estado nutricional; Questionário de Checagem do Corpo (BCQ): percepção de imagem corporal; The Three Factor Eating Questionnaire: perfis de comportamento alimentar; Inventário de Depressão de Beck: sintomas Depressivos.

Nesse estudo teremos como variáveis dependentes e ordinais os escores de checagem corporal pelo BCQ (baixa ou alta) e os escores de sintomas depressivos pelo BDI (ausente, disforia e depressão). Os fatores a serem testados serão: estado nutricional (níveis de classificação: baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade), perfil de comportamento alimentar (classificações: restritivo, emocional e descontrole) e trimestre gestacional (níveis de classificação: primeiro, segundo e terceiro). Para testar se existe diferença estatística entre os níveis de cada um dos fatores para as variáveis dependentes estudadas, serão realizados o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, com comparação par a par a posteriori com o teste Mann-Whitney. As variáveis checagem corporal e sintomas depressivos terão sua correlação testada com o Teste de Correlação de Spearman. Para a análise estatística, será utilizado o software SPSS, em todos os casos com o nível de significância adotado de $p < 0,05$.

Objetivo da Pesquisa:

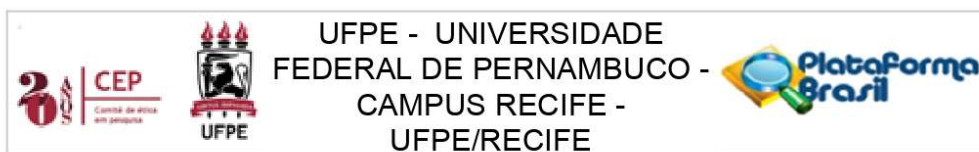
Geral:

Avaliar relação entre satisfação corporal, comportamento alimentar e sintomas depressivos em gestantes.

Específicos:

- Categorizar a satisfação corporal em gestantes.
- Avaliar intensidade de sintomas depressivos em gestantes.
- Identificar perfis de comportamento alimentar de gestantes.
- Identificar nível de satisfação corporal em diferentes trimestres gestacionais.
- Relacionar intensidade de sintomas depressivos ao estado nutricional de gestantes.
- Relacionar satisfação corporal e estado nutricional em gestantes.
- Testar correlação entre intensidade de sintomas depressivos e satisfação corporal em gestantes.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.102.139

- Comparar intensidade de sintomas depressivos em diferentes perfis de comportamento alimentar de gestantes.
- Comparar níveis de satisfação corporal em diferentes perfis de comportamento alimentar de gestantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: - Vazamento de informações sensíveis: Serão tomadas todas as devidas precauções para minimizar esse risco, como o acesso e análise das informações e dados serão realizadas a partir de computador pessoal e submetidos a programas com segurança de dados digitais. Todos os formulários físicos estarão guardados em local seguro na residência da pesquisadora principal. Apenas os pesquisadores terão acesso aos dados.

Benefícios: - As pacientes receberão orientações nutricionais gratuitas; - Mapeamento de padrões comportamentais relacionados a alimentação e saúde mental para o sistema público de saúde. - Construção de embasamento científico para condutas nutricionais comportamentais

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

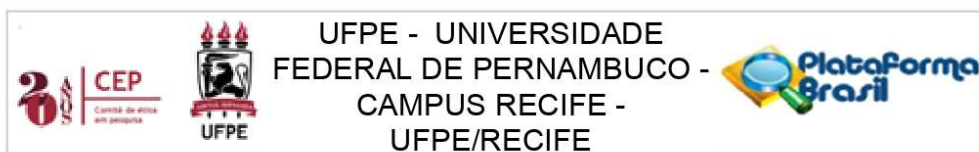
Pesquisa de grande relevância na área da Saúde da Mulher, apontando a necessidade de integração da assistência em saúde mental ao acompanhamento pré-natal. O diagnóstico precoce de depressão durante a gestação poderá contribuir com a elaboração de estratégias de enfrentamento e desenvolvimento de políticas públicas de saúde materno-infantil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos exigidos pelo Comitê de Ética foram anexados a plataforma:

1. Folha de rosto devidamente assinada pela responsável pela pesquisa, assinada pela coordenadora da pós-graduação.
2. Carta de anuência, assinada e com número do SIAPE pelo Dr. Elias Ferreira de Melo Júnior CHEFE DA UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER HC-UFPE-EBSERH .
3. Termo de confidencialidade;
4. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE;
5. Currículo Lattes de Bárbara Pereira de Melo Medeiros Lippi e do Prof. Dr. Amaury Cantilino.
6. Comprovante de vínculo com a Pós-graduação;
7. Projeto detalhado;
8. Projeto PDF Plataforma Brasil;

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.102.139

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas com os documentos anexados a plataforma Brasil, desta forma considero o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

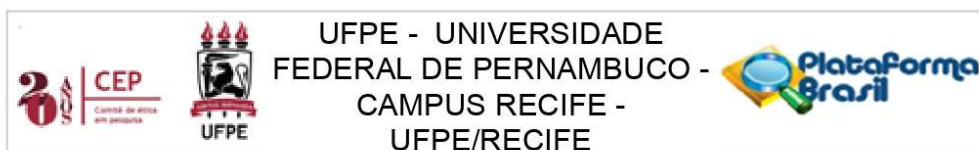
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1546516.pdf	16/06/2020 21:30:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ComiteBARBARAMEDEIROS.doc	16/06/2020 21:27:42	BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigido.pdf	16/06/2020 21:27:03	BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI	Aceito
Outros	curriculoamaurycantilino.pdf	16/06/2020 21:20:50	BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.102.139

Folha de Rosto	folhaderostobarbaraassinada.pdf	16/06/2020 21:19:14	BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI	Aceito
Outros	historicoescolarsigaabarbaramedeiros.pdf	16/05/2020 18:06:38	BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI	Aceito
Outros	termodeconfidencialidadebarbara.pdf	16/05/2020 18:04:45	BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI	Aceito
Outros	curriculobarbaramedeiros_16_05.pdf	16/05/2020 17:59:15	BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenciaBARBARAMEDEIROS.pdf	14/05/2020 17:15:07	BARBARA PEREIRA DE MELO MEDEIROS LIPPI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 22 de Junho de 2020

Assinado por:
Gisele Cristina Sena da Silva Pinho
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br